

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme Universitaire)

PAR
WHITE Seymour James
Né le 5 Novembre 1908, à Chelsea, Massachussets (Etats-Unis)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
MALADIE DE LEINER-MOUSSOUS

(A propos d'une "épidémie" survenue à la pouponnière d'Antony)

Président : **LEREBOULLET**, Professeur.

11

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

WHITE Seymour James

Né le 5 Novembre 1908, à Chelsea, Massachussets (Etats-Unis)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
MALADIE DE LEINER-MOUSSOUS

(A propos d'une "épidémie" survenue à la pouponnière d'Antony)

Président : LEREBoullet, Professeur.



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. *M. Roussy.*

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET

Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOIGNOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) .. Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN.. .. Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY .. Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neuro-psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LÉROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BROCQ.	Clinique chirurgicale. (suite)
ALAJOUANINE .		LADENAT	
AUBERTIN		GATELLIER ...	
BRULE		HEITZ-BOYER..	
Chabrol		MOURE	
CHIRAY		QUENU	
DONZELOT.		SCHWARTZ	Clinique obstétricale.
DUVOIR		VELTER	
LIAN			
PASTEUR - VAL- LERY-RADOT .		GUÉNIOT.	
SÉZARY.		LE LORIER...	
		LEVY-SOLAL ..	
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS.

A MON MAITRE,
Monsieur le Professeur P. LEREBOULLET,
Professeur d'Hygiène et de Clinique de la première enfance,
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a fait le grand honneur
de la présider.*

*Témoignage d'admiration et de pro-
fonde reconnaissance pour les ensei-
gnements qu'il nous a toujours prodi-
gués avec tant de bienveillance.*

A Monsieur le Docteur André BOHN,
Médecin de la Pouponnière d'Antony,
Ancien Chef de Clinique à l'Hospice des Enfants-Assistés

*Pour les conseils et l'encouragement
qu'il ne nous a jamais ménagés.
pour la constance avec laquelle il a
dirigé nos efforts,
pour les observations qu'il a bien
voulu nous confier,
tous nos remerciements et nos senti-
ments très amicaux.*

INTRODUCTION

Le Professeur Lereboullet et le Docteur A. Bohn ont fait en mai 1935 une communication à la Société de Pédiatrie sur un ensemble de 50 cas de maladie de Leiner-Moussous ayant évolué à la pouponnière des Enfants-Assistés de la Seine installée à Antony.

En juillet, les mêmes auteurs ont publié sur ce sujet, dans *Le Nourrisson*, un article complémentaire contenant 10 observations choisies parmi les 50.

Jusqu'à ces publications du Professeur Lereboullet et de M. A. Bohn, on n'avait jamais eu, semble-t-il, l'occasion de rapporter un ensemble de cas d'érythrodermie desquamative du nourrisson survenus simultanément et ce dans un même local.

L'étude de la maladie de Leiner-Moussous, dans toutes ses formes, a pu ainsi être faite dans des conditions rarement offertes.

C'est l'étude de ces 50 cas de maladie de Leiner-Moussous que notre maître le Professeur Lereboullet nous a obligeamment offerte comme sujet de thèse. Nous le remercions d'avoir bien voulu nous faire l'honneur de nous laisser exposer ici avec plus de détails ce qui a déjà fait l'objet de sa part, en collaboration avec M. A. Bohn, des deux publications indiquées ci-dessus.

Après l'historique de la maladie de Leiner-Moussous, dans lequel nous indiquerons les différentes questions qui se posent à propos de cette maladie, nous rapporterons l'histoire de la véritable « épidémie » de la pouponnière d'Antony à l'aide des 50 observations recueillies quotidiennement avec le plus grand soin par le docteur Bohn, médecin de la pouponnière, à qui vont également tous nos remerciements.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Avant de relater les observations qui font l'objet de ce travail, nous tenons à donner un historique de la maladie de Leiner-Moussous en indiquant brièvement les résultats des études faites précédemment sur ce sujet.

D'après Jacquet, les érythèmes fessiers du nourrisson ont été décrits pour la première fois avec soin par Parrot (1878), l'un des prédécesseurs de notre maître le Professeur Lereboullet à l'Hospice des Enfants-Assistés.

Il revient également une grande part à Jacquet lui-même dans la classification de ces érythèmes. Il a décrit (1900), sous le nom de « forme généralisée d'Erythème infantile simple », une variété comportant « des plaques érythémateuses des fesses et des raghades eczématisées... Ces lésions peuvent coexister avec la calotte sébacée de la tête... eczéma séborrhéique en un mot. Mais il faut renoncer pour le moment à décider s'il y a coexistence de deux lésions ou simple modification de l'érythème par un terrain spécial... »

En 1878, Ritter sépara des érythèmes infantiles le syndrome qui porte son nom. A cause de la confusion qui a longtemps régné entre la maladie de Ritter et celle de Leiner-Moussous, nous aurons à revenir plus tard sur cette question. Après Ritter, quelques auteurs allemands différencièrent une forme atténuée de la maladie de Ritter. A partir de 1892, on sépare les dermites bulleuses, dont fait partie la maladie de Ritter, des érythrodermies avec desquamation. Raymond et Barbé, à la Société de Dermatologie, présentent un cas de dermatite exfoliatrice avec prurit (1892), Vidal, Brocq et Besnier n'acceptent pas le diag-

nostic et font remarquer la présence de séborrhée sur le cuir chevelu. Besnier dit que, à Saint-Louis, de pareils cas sont étiquetés « Dermatitis érythémato-eczématoïdes de cause externe » et qu'il est donc impossible de les confondre avec la maladie de Ritter. En 1892 également, Aubert dans sa thèse, sépare la maladie de Ritter de certains érythèmes avec desquamation. Darier, en 1904, à la Société de Dermatologie, présente un cas d'érythrodermie exfoliante consécutive à un eczéma séborrhéique. D'accord avec Brocq, il écarte le diagnostic de maladie de Ritter.

En 1908, ignorant réciproquement leurs travaux, Carl Leiner, à Vienne, et Moussous, à Bordeaux, décrivent tous deux un syndrome d'érythrodermie desquamative du nourrisson.

D'après Leiner, la maladie qui porte son nom, et qui se sépare nettement de la maladie de Ritter, débute généralement vers la fin du deuxième mois ou au début du troisième par un érythème en taches disséminées sur le corps et une séborrhée de la tête et de la face, à l'exception du bout du nez, des narines, et des parties voisines des joues; l'érythème du corps occupant surtout les surfaces d'extension des membres et ne s'accompagnant pas de démangeaisons, aboutit à une desquamation généralisée sauf dans les plis de la peau et les plis articulaires où un enduit sébacé grisâtre et opaque remplace les squames. Il y a une légère inflammation sous-jacente. Pendant toute l'évolution l'état général est bon. Il n'y a pas de fièvre, les urines sont normales, les ganglions un peu engorgés. Il y a quelquefois de la diarrhée. Des raghades péri-buccales peuvent gêner la succion. Il peut exister des altérations unguéales. La mortalité est assez élevée; les complications consistent en diarrhée, fièvre et cachexie. A l'autopsie, Leiner note une dégénérescence du myocarde, une infiltration graisseuse du foie et un catarrhe intestinal. A l'examen histologique de la peau, il n'y a que des lésions banales de dilatation vasculaire dans la couche capillaire, une légère augmentation des leucocytes, une légère inflammation et un œdème de l'épiderme avec parakératose. L'examen bactériologique des selles ne montre qu'une flore banale; les coupes histologiques de la peau ne permettent de trouver aucun microbe. Sur 43 cas, Leiner note 28 guérisons et 15 morts. Il a tendance à admettre comme étiologie une auto-intoxication provenant de troubles digestifs, et constatant que les enfants non

nourris au sein sont rarement atteints, il incrimine le lait maternel malgré les analyses chimiques souvent négatives : effectivement, 41 sur les 43 cas rapportés par lui étaient nourris au sein.

La maladie dont nous venons de résumer la description de Leiner, n'est connue à l'étranger que sous le nom de maladie de Leiner. En France, on l'appelle maladie de Leiner-Moussous. Bien qu'il n'ait pris lui-même la plume qu'en 1908, le professeur Moussous avait en effet, inspiré dès 1905 une thèse sur ce sujet à son élève Lebard. Dans cette thèse, on trouve les conclusions sur l'érythème fessier du nourrisson que Moussous reprie en 1908 dans son article des *Archives de Médecine des Enfants*, pour constituer le syndrome d'érythrodermie desquamative du nourrisson. Il serait donc plus juste, du seul point de vue chronologique, d'appeler cette maladie: maladie de Moussous.

Voici les conclusions de la thèse de Lebard:

1° L'érythème fessier affecte, chez les nourrissons atteints d'eczéma séborrhéique, un type spécial caractérisé essentiellement par la grande diffusion des lésions, leur délimitation bien tranchée, leur peu de tendance au suintement.

2° Cette affection apparaît surtout dans les 4 ou 5 premiers mois qui suivent la naissance.

3° Elle est plus tenace et récidive beaucoup plus facilement que les autres formes d'érythème fessier infantile.

4° Elle est toujours des plus bénignes et se caractérise par son absence de complications.

5° Fréquemment cet érythème paraît lié à un mauvais état gastro-intestinal causé par un régime défectueux.

6° D'où application d'un traitement général qui doit toujours accompagner les moyens thérapeutiques locaux employés d'ordinaire contre les érythèmes du 1^{er} âge.

On voit déjà le syndrome de Leiner-Moussous qui se dessine. Il faut avouer qu'il manque encore la desquamation si caractéristique. Moussous, en 1908, complète la description du syndrome. Il individualise alors une maladie des nourrissons au sein ou au biberon distincte de l'érythème fessier banal.

L'érythème, dans cette maladie, est plus étendu, il est généralisé et toujours associé à un eczéma séborrhéique du cuir chevelu, surtout occipital ou temporal, débutant parfois dans le sillon rétro-auriculaire, survenant avant, pendant ou après l'érythème fessier, mais ne manquant jamais. L'érythème fessier est d'une rougeur uniforme; il existe des plaques à distance, à contours nets, ne naissant jamais sur des vésicules. La desquamation n'est pas sans analogie avec ce que l'on voit dans les dermites diffuses telles que le psoriasis. Les squames, parfois imbriquées, réalisent par leur généralisation un véritable érythème desquamatif. Moussous note de l'œdème du scrotum et signale comme Leiner des raghades. L'érythème n'est pas précédé de troubles digestifs. Moussous ne met pas le lait en cause parce que le changement de nourrice est inefficace et les nourrissons dont il parle ne sont pas toujours au sein. Il insiste sur l'importance du terrain qu'il trouve identique à celui de la séborrhée et de l'eczéma. En dehors de la constitution léguée, en dehors de l'auto-intoxication digestive, il faut rechercher la cause qui a fait naître l'eczéma et Moussous tend à lui attribuer une origine thyroïdienne.

On retrouve dans les descriptions de Leiner et de Moussous les éléments essentiels de la maladie: érythème fessier suivi de desquamation chez un nourrisson atteint d'eczéma séborrhéique et souffrant quelquefois de troubles digestifs, tout en conservant un bon état général. Tous les deux s'accordent pour la trouver plus fréquente mais pas exclusivement chez les nourrissons au sein. Leiner incrimine une étiologie auto-toxique; Moussous nie l'influence du lait de la nourrice. Moussous, dans la thèse de Lebard, signale l'existence de récides possibles, et considère que la maladie a des rapports avec de l'eczéma. Tandis que Leiner note une mortalité élevée, malgré la rareté des complications, Moussous en fait une maladie des plus bénignes. Mais ils sont unanimes à distinguer nettement l'un et l'autre la maladie de la maladie de Ritter. Cette dernière, individualisée en 1878 par Ritter von Rittersheim, se caractérise aussi par un érythème mais les symptômes cardinaux, qui manquent tous dans la maladie de Leiner-Moussous sont: le gonflement, la macération, et l'exfoliation de l'épiderme en grands lambeaux, avec *épidermolyse cutanée* (signe de Nikolsky). La maladie de Ritter qui survient chez le nouveau-né est d'un pronostic très grave. Le syndrome décrit par Ritter est extrême-

ment rare en France, et son existence a souvent été niée. Pourtant, le professeur Lereboullet a pu récemment en rapporter un cas typique, avec Brizard.

En 1908 aussi, Ferrand publie sa thèse où il résume en quelques lignes l'article de Moussous; on y voit la confusion qui régnait encore à propos des érythèmes fessiers à cette époque où l'article de Moussous était ignoré.

De Vaugiraud, dans sa thèse, rapporte des observations recueillies dans le service de M. Comby. Il sépare catégoriquement la maladie de Ritter de la maladie de Leiner (1913).

Comby, en 1918, essaie de prouver qu'il n'existe qu'une érythrodermie exfoliatrice du nouveau-né, et que toutes les deux, aussi bien la maladie de Leiner-Moussous, que la maladie de Ritter, ne seraient qu'une complication, à des stades plus ou moins avancés, de l'érythème fessier infantile. Il reste unificateur, en niant l'autonomie des deux syndromes de Ritter et de Leiner.

Pour lui, l'érythème qui serait à la base de l'érythrodermie exfoliatrice unique, débute n'importe où, le plus souvent dans la région ano-génitale, par un érythème banal, se surajoutant quelquefois à la desquamation physiologique du nouveau-né, presque toujours chez des enfants sains atteints de vagues troubles digestifs, constipation ou diarrhée, avec régurgitation de lait caillé, avec érosions péri-buccales superficielles, sans analogie avec celles qu'on trouve dans la syphilis. La guérison est la règle. Les cas de mort sont dus à la broncho-pneumonie, la diarrhée, ou l'athrepsie. Cet érythème banal serait le premier échelon d'une série d'érythème fessiers du nourrisson qui aboutirait à la forme étudiée par Leiner et Moussous. Sur le total de 36 cas recueillis par Comby en 1918, il y a 25 guérisons et 8 améliorations. Il trouve une mortalité de 1 pour 10, donc pour lui, c'est une maladie essentiellement bénigne. C'est l'opinion qu'il défend en 1921 à la *Société de Pédiatrie*, où Marfan rapporte 2 cas mortels et où Hallé exprime à peu près les mêmes idées que Comby, en ajoutant que la maladie de Leiner-Moussous ne récidive pas, au contraire de ce qu'avait pensé Moussous lui-même.

Hallez, en 1922, a constitué une excellente bibliographie de la maladie. Il remarque la fréquence chez les nourrissons au sein, mais n'en tire pas de conclusion, car il ne trouve rien d'anor-

mal dans le lait et préfère ne pas changer l'allaitement. Il cite un cas où avec Blechmann, ils ont obtenu la guérison d'un nourrisson à la suite d'un traitement par les injections de lait de femme. Mais tous deux hésitent à établir à ce sujet une relation de cause à effet. Il cite, en outre, des cas personnels: il rapporte ainsi 8 observations dont 6 chez des nourrissons au sein; 2 cas sur les 8 ont été mortels. Il présente des statistiques d'autres auteurs tendant à prouver la fréquence de la maladie chez les nourrissons au sein: 16 cas sur 16 de Beck, 5 sur 5 de Vaugiraud, 34 sur 34 de Bordot et d'Ovidio, 15 sur 25 d'Eliasberg. A ces cas, il ajoute, en 1924, des cas de Wicland (de Bâle), de Hugel et Woringer.

Dans son chapitre sur l'eczéma, sous le titre « Eczéma séborrhéique atypique », Petges, en 1925, pense que Leiner a vu sous une forme plus avancée et plus généralisée le syndrome décrit par Moussous. Il propose donc d'appeler ce syndrome du nom d'eczéma séborrhéique érythémato-squameux de Moussous. Pour Petges, le syndrome se rapprocherait des « états décrits par M. Brocq sous le nom de parakératose psoriasiforme qui a bien des analogies avec les états séborrhéiques ».

Pour Marfan, l'érythème fessier banal peut être le point de départ d'une complication grave, la maladie de Leiner-Moussous, qui ne se voit guère que chez les enfants au sein, et qui coexiste avec l'eczéma séborrhéique et l'érythème intertrigo. La complication s'annonce par l'apparition sur le ventre et sur le dos de plaques parakératosiques. Des troubles digestifs amènent parfois une dénutrition marquée qui peut se terminer par la mort. Marfan soulève la question de l'intertrigo mycosique, décrit par Dubreuil et Joulia en 1921, et discute l'importance que celui-ci pourrait avoir, parmi les érythèmes fessiers du nourrisson. Mais la cause déterminante de cet érythème reste l'irritation cutanée de causes diverses si fréquentes chez les nourrissons, et il conclut que la vraie cause reste encore à trouver.

Les travaux de M. et Mme Montlaur, datant de 1930, sur « l'eczéma du nourrisson », ont mis en relief l'importance de l'entérococoque, dans tous ces « eczémas », y compris la maladie de Leiner-Moussous. Leurs conclusions sont présentées dans plusieurs publications, et dans la thèse qu'ils ont inspirée à Mlle Vi-

dal. Ces conclusions sont basées sur les recherches qu'ils ont pouruivies sur 155 enfants, dont 62 malades et 93 témoins sains.

M. et Mme Montlaur ne considèrent pas la maladie de Leiner-Moussous comme une entité morbide s'installant d'emblée, mais plutôt comme une complication sérieuse d'un érythème fessier banal, ou d'un érythème intertrigo du siège. On voit qu'en ceci ils sont d'accord avec plusieurs auteurs que nous avons déjà cités. L'entérocoque serait toujours en cause, et le syndrome décrit par Leiner et Moussous sous le nom d'érythrodermie desquamative du nourrisson ne serait que l'expression d'une réaction seconde entérococcique succédant à une dermite fessière entérococcique banale.

Dix cas recueillis par Criou dans le service de Vignes furent traités par le vaccin entérococcique préconisé par Montlaur, et Blechmann. Criou fait cette réserve que dans les cas où la constipation est marquée, le vaccin n'exerce pas son effet curatif.

Blechmann, se basant sur les conclusions de M. et Mme Montlaur, serait partisan de la théorie entérococcique de la maladie de Leiner-Moussous et traite la maladie par l'auto-vaccin qu'il fait préparer. Il rapporte, avec Potelune, à la Société de Pédiatrie, en 1931, un cas ainsi traité avec succès. Il souligne, que « la maladie de Leiner-Moussous est l'expression la plus évoluée de la dermite dite eczéma séborrhéique... elle doit être considérée désormais comme un phénomène de sensibilisation à point de départ microbien, et due, comme l'a montré Montlaur, à l'entérocoque ». Nous verrons plus loin ce que pensent à ce propos le professeur Lereboullet et le docteur Bohn. Blechmann rappelle la mortalité de 11 cas sur les 25 observés par Eliasberg, et que Darier a qualifié cette affection de grave. Dans la discussion qui suit, Comby déclare bénigne la maladie de Leiner-Moussous et évoque l'opinion semblable de Moro, basée sur 11 cas, dont 4 au sein et 7 au biberon. Le pronostic dépendrait des complications comme la diarrhée, la gastro-entérite, et la broncho-pneumonie. Marfan, au contraire, ne la croit pas aussi bénigne que la voudrait Comby. Hallé n'a jamais vu d'enfant atteint de maladie de Leiner être eczémateux. Il trouve que les troubles digestifs sont plutôt secondaire et ne sont pas la cause même de la maladie. Pour Marfan, une association d'érythème intertrigo des fesses et d'eczéma sébor-

rhéique du cuir chevelu précède toujours l'érythrodermie desquamative. Il soutient avec Hallé la différence entre l'eczéma et l'eczéma séborrhéique, et l'existence de formes mixtes, intermédiaires entre les deux.

Schreiber, en 1931, à la Société de Pédiatrie, fait un rapport sur 19 cas qu'il a rassemblés pendant 19 ans. Dans l'ensemble, l'état général était loin d'être satisfaisant; 16 sur 19 étaient nourris au sein; 12 ont eu de l'entérite plus ou moins accentuée; chez 6 de ces 12, en plus de la gastro-entérite, il y avait des vomissements répétés avec selles fréquentes et muco-glaireuses. Presque tous étaient âgés de moins de 6 semaines. Il ne rapporte aucun décès, mais plus de la moitié de ces malades ont été perdus de vue après guérison. Pour lui il semble que l'eczéma séborrhéique généralisé, pityriasis rubra séborrhéique de Unna, eczématide généralisée de Darier, ne font qu'un avec l'érythrodermie desquamative de Leiner. Il n'est pas rare d'observer des poussées d'eczéma chez ces anciens érythrodermiques. Dans ses 19 cas, il rapporte 3 cas d'hérédosyphilis.

Dans sa *Pathologie du Nourrisson*, Cathala, au chapitre « Eczéma », rapproche la maladie de Leiner de l'eczéma séborrhéique, qui appartient aux eczématides et qu'il sépare de l'eczéma dit neuro-arthritique. Il reste donc dans la tradition classique suivant laquelle la maladie de Leiner évolue le plus souvent chez des enfants au sein, apparaît dès le 1^{er} ou le 2^e mois, parallèlement à la diarrhée commune, et guérit assez rapidement.

En 1932, notre maître, le professeur Lereboullet, fait une leçon sur les érythrodermies desquamatives du nourrisson, où il met au point les caractères cliniques de la desquamation physiologique du nouveau-né, la maladie de Ritter, et la maladie de Leiner.

Nous avons vu que nombre d'auteurs ont contesté l'autonomie du syndrome de Leiner-Moussous, ainsi que celui de la maladie de Ritter, les confondant tous deux. Cette confusion s'explique par la rareté de la maladie de Ritter, et le fait que très peu d'auteurs français ont eu l'occasion d'en observer des cas. Le professeur Lereboullet, avec J. Brizard, en a rapporté un cas typique à la Société de Pédiatrie. Dans sa leçon aux Enfants-Assistés, notre maître le professeur Lereboullet reprend la description de Ritter, et montre que l'observation qu'il rapporte avec Brizard lui est conforme à tous les points de vue. Il donne

en même temps deux observations de la maladie de Leiner-Moussous, typiques toutes les deux. De ces observations, il tire des conclusions nettes, à savoir qu'il y a de grosses différences entre la maladie de Leiner-Moussous et la maladie de Ritter. La maladie de Ritter est un syndrome bulleux, et le signe de l'épidermolyse décrit par Nikolsky n'y manque jamais, tandis que la maladie de Leiner-Moussous est un syndrome cutané sans vésicules, dans lequel on ne trouve d'épidermolyse à aucune période de son évolution. « Il y a sécheresse absolue de l'épiderme. » Le professeur Lereboullet ajoute :

« Sans doute, il peut exister entre les deux états des faits de transition difficiles à classer, sans doute aussi la maladie de Ritter se rattache à certains faits de pemphigus épidémique. Mais les faits typiques sont aisés à différencier. »

Ce point de vue est encore souligné dans la thèse sur la maladie de Ritter que notre maître, M. Lereboullet a inspiré à son élève Slucki en 1932.

Blechmann à la suite d'une réaction défavorable au stock vaccin entérococcique, a été amené à utiliser l'auto-vaccin à doses infinitésimales. Il rapporte un cas traité avec succès. Ayant trouvé dans les lésions sur le flanc et sur la tête un entérocoque moins virulent que celui du siège, il se demande si le fait de végéter sur la peau modifie l'entérocoque et si cette modification est constante. La virulence de l'entérocoque chez le nourrisson est exaltée à la suite de troubles digestifs, le plus souvent la diarrhée. Certains cas montreraient une déficience hépato-pancréatique dans laquelle la syphilis héréditaire jouerait un rôle.

Sézary et Benoist voient la maladie de Leiner comme un érythème infectieux développé à la faveur d'une sensibilisation particulière de l'organisme. Il les rapprochent des érythèmes streptococciques de l'adulte dont elle reproduit pour eux assez fidèlement la symptomatologie. « Nous voyons dans la maladie de Moussous une forme atténuée non généralisée de la maladie de Leiner, intermédiaire entre elle et les eczématides. » En outre, ils rappellent que Strosky et Veber ont constaté qu'après la guérison les enfants demeuraient graciles et leur développement corporel était retardé. Sézary et Benoist croient démontrer l'existence d'un facteur constitutionnel si souvent incriminé au moyen de deux cas familiaux qu'ils rapportent. Ils

écartent l'hypothèse de l'avitaminose suggérée par Witman, Nobel et Kromer.

Pehu et Aulagnier (1935), citent plusieurs observations; celles de Hausch, Recaryn, Welde, de Calno, Mackenna, Moro. Ils y ajoutent un cas personnel. Ils sont persuadés qu'à lire la description de Moussous, l'on se convainc qu'il s'agit à n'en pas douter de la même dermatose que celle qu'a décrite Leiner.

Il résulte de cette étude historique que l'accord est fait sur l'existence d'une entité morbide décrite sous les noms d'érythrodermie desquamative du nourrisson, maladie de Leiner ou maladie de Leiner-Moussous.

Avant d'aller plus avant dans l'étude de cette maladie, nous tenons à préciser les points sur lesquels l'accord n'a pas encore été fait et à l'élucidation desquels nous espérons apporter notre modeste contribution, guidé par notre maître le professeur Le-reboullet.

Il est pratiquement reconnu par tous que le syndrome de Leiner-Moussous est différent de la maladie de Ritter, maladie presque inconnue en France. Tous ont remarqué la fréquence de la maladie de Leiner-Moussous chez les enfants élevés au sein, et ils sont plus ou moins d'accord sur ce point. Mais il est plus difficile de se faire une opinion ferme sur l'ordre d'apparition des symptômes de la maladie. Débute-t-elle par l'eczéma séborrhéique ou par l'érythème? Aucune affirmation basée sur des observations concluantes n'a pu faire école jusqu'à présent.

L'existence de troubles digestifs au cours de la maladie a suscité des divergences d'opinion remarquables. D'aucuns croient qu'ils sont partie intégrante de la maladie tandis que d'autres en font des complications accidentelles. Cependant personne ne nie que les complications de cette maladie sont très graves. Etant donné la divergence d'opinion quant à l'existence des phénomènes autres que les altérations cutanées, il se trouve exister deux écoles: l'une soutient la bénignité de la maladie, si aucune complication ne survient, l'autre en fait une affection à mortalité élevée.

Le pronostic morbide de la maladie est très contesté. Les membres de chaque école y voient en effet les suites ou d'un simple érythème ou d'une maladie autonome reliée à l'eczéma séborrhéique. Il est normal que dans le premier cas les enfants

s'en tirent indemnes, alors que ceux qui ont souffert de complications restent débiles. Mais il est difficile de conclure, car la plupart des cas ne sont plus suivis après guérison.

Le plus gros problème que soulève l'étude de l'érythrodermie desquamative du nourrisson en est l'étiologie. On a incriminé des infections dues au lait, de l'auto-intoxication, des irritations de toutes sortes, physiques et chimiques, la présence de l'entérocoque, et on l'a même simplement confondue avec l'eczéma. Il va sans dire que d'après les étiologies différentes de la maladie, on a appliqué une thérapeutique en conséquence.

Le professeur Lereboullet, dans l'étude qu'il a faite de ces problèmes divers, et grâce aux observations qu'il a publiées avec M.-A. Bohn, a pu préciser plusieurs points jusqu'ici très débattus, et ainsi contribuer à la solution de ces problèmes. Nous tenons à lui exprimer, encore une fois, ainsi qu'au docteur Bohn, notre reconnaissance pour la part qu'ils veulent bien nous accorder dans la présentation de leurs idées.

CHAPITRE II

LIEU DES OBSERVATIONS

Les observations que nous rapportons ont été recueillies à la Pouponnière des Enfants-Assistés de la Seine, installée à Antony par le docteur Mourier, directeur général de l'Assistance Publique à Paris, comme annexe de l'Hospice des Enfants-Assistés. Le docteur A. Bohn est le médecin de cette pouponnière depuis 1928; il en a récemment indiqué à plusieurs reprises, le but, l'organisation et les résultats.

La pouponnière, ouverte depuis le 20 avril 1927, peut hospitaliser 50 à 80 nourrissons qui y sont envoyés en bonne santé, dans le but d'être adaptés à l'allaitement artificiel au lait de vache qui sera leur seul lait dans les centres d'élevage; ils sont reçus à Antony vers l'âge de 1 mois ou lorsqu'ils pèsent 3 kilos, s'il s'agit de prématurés ou de débiles, et ils y restent le temps nécessaire pour l'adaptation. Ils sont répartis indifféremment entre les deux étages de la pouponnière suivant les places disponibles.

La pouponnière comprend 2 étages d'un ancien couvent; chacun d'eux étant constitué par une série de cellules contenant 2 ou au plus 3 nourrissons; il existe en outre des salles de change où on ne reçoit que quelques enfants à la fois, elles sont rigoureusement fermées aux malades. Ceux-ci sont placés dans des chambres d'isolement individuel. Des locaux sont aménagés pour recevoir avec leur enfant 6 nourrices dont le lait rend les plus grands services d'une part, à l'arrivée des enfants, d'autre part, au cours des troubles digestifs ou des infections qui peuvent survenir plus tard. Les laits intermédiaires entre le lait de femme et le lait de vache stérilisé sont le babeurre et le lait con-

densé sucré. Chaque infirmière est chargée de 4 à 6 enfants au plus; le personnel est par conséquent nombreux. Il est réparti en 3 équipes successives, qui effectuent 7 changes des nourrissons dans la journée, soit un avant chaque tétée, ce qui réduit pratiquement à néant les érythèmes fessiers, en dehors de ceux existant à l'arrivée des nourrissons qui guérissent toujours rapidement.

A la fin de 1932, cependant, le docteur Bohn nota à l'un des étages de la pouponnière, une persistance anormale de ces érythèmes des nourrissons entrants ainsi que l'apparition de nombreux autres cas d'érythème du siège chez les nourrissons plus anciens. Le nombre des changes fut augmenté en conséquence, mais cela n'amena aucune amélioration, pas plus que le lavage des couches effectué sous contrôle à la pouponnière même, au cas où le procédé de blanchissage, effectué à l'Hospice de Bichêtre, aurait été modifié.

C'est alors, en janvier 1933, qu'apparut le premier cas typique d'érythrodermie desquamative du nourrisson.

Ce premier cas fut suivi de dix-sept autres tout à fait typiques et de 32 cas de maladie de Leiner-Moussous incomplète, c'est-à-dire sans érythrodermie desquamative. Il y eut en tout 50 cas; le dernier fit son apparition seulement à la fin de mars 1933.

*
**

Dix observations choisies parmi les plus typiques ont été déjà publiées par MM. Lereboullet et Bohn. Ils ont estimé que *l'apparition de 50 cas de maladie de Leiner-Moussous en l'espace de deux mois à un seul étage de l'établissement d'Antony, chez des nourrissons tous à l'allaitement artificiel*, était un fait assez remarquable pour mériter un exposé plus complet. Notre maître, le professeur Lereboullet, nous a donc suggéré de publier dans notre thèse ces 50 observations en les faisant suivre des commentaires que leur étude comporte.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

La maladie de Leiner-Moussous est un syndrome avant tout cutané, qui comprend dans sa forme la plus complète, les symptômes suivants:

- a) érythème du siège;
- b) séborrhée du cuir chevelu;
- c) érythrodermie desquamative;
- d) intertrigo de certains plis cutanés.

Les observations de la pouponnière d'Antony montrent bien que la maladie peut se manifester, comme l'avait d'ailleurs indiqué Moussous, dès 1905, sous des aspects plus simples que la forme complète. On peut en effet diviser, peut-être un peu schématiquement, les observations d'Antony en 3 GROUPES :

I. Forme complète avec érythème fessier, séborrhée du cuir chevelu, intertrigo, érythrodermie desquamative; ce groupe comprend 18 observations.

II. Forme avec érythème du siège associé à de la séborrhée du cuir chevelu et à de l'intertrigo; ce groupe comprend 20 observations.

III. Forme limitée à l'érythème étendu et persistant du siège; ce groupe comprend 12 observations.

Voici maintenant les 50 observations qui font l'objet de ce travail; nous les devons à M. A. Bohn qui les a prises au jour le jour et a pu suivre dans la presque totalité des cas l'évolution de la maladie depuis son extrême début jusqu'à sa terminaison. Les examens bactériologiques qu'a pu faire M. Donato, complètent certaines de ces observations cliniques.

Groupe I (18 observations)

Forme complète de la maladie de Leiner-Moussous

OBS. I. — Fernande D...

Née le 6 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 26 jours à l'âge de 5 mois (2 décembre-8 avril 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme pesant 2 kg. 870 et aurait été nourrie au sein jusqu'à son abandon. Celui-ci a lieu à l'âge de 11 jours ; l'enfant pèse alors 3 kg. 140 et mesure 48 cm. ; il s'agirait donc d'une enfant légèrement prématurée et débile congénitale. Pendant le séjour à l'Hospice, sa croissance a été un peu lente et l'enfant a présenté une conjonctivite banale.

On l'envoie à Antony à l'âge de 26 jours ; elle pèse alors 3 kg. 350 et présente un érythème papulo-érosif du siège.

L'enfant, à son arrivée à Antony, est alimentée avec 3 biberons de lait de femme et 4 biberons de babeurre ; le lait condensé, commencé le 10 décembre, devient l'aliment exclusif à partir du 24 décembre. Quelques selles muco-grumeluses ont été observées dans les tout premiers jours de l'arrivée de l'enfant.

Le 25 janvier, on met l'enfant à l'alimentation mixte babeurre-lait condensé, puis entièrement au babeurre le 1^{er} février.

L'adaptation au lait ordinaire commence le 15 février pour se terminer sans incident le 1^{er} mars. Aucun trouble digestif n'a été observé.

L'érythème papulo-érosif du siège noté à l'arrivée a rapidement disparu. A 2 mois, vers le 15 janvier, apparaît un érythème intertrigo du siège qui persiste les jours suivants et s'étend bientôt de la région vulvaire et pubienne en haut et en avant, de la région fessière en haut et en arrière jusqu'aux talons en bas. Il est rouge vif en totalité.

Le 21 janvier apparaît presque subitement un érythème absolument généralisé aux régions non atteintes par l'érythème intertrigo antérieur ; il existe quelques petites croûtes grisâtres de séborrhée disséminées sur la partie antéro-supérieure du cuir chevelu.

L'érythrodermie (rougeur intense uniforme) persiste ainsi que l'intertrigo, tous les deux intensément rouges ; le 10 février, l'érythrodermie pâlit très légèrement, puis à la fin de février, un bon mois après son apparition, commence à desquamer sur toute son étendue par larges lamelles tandis que se précisent, dans les plis, de l'intertrigo axillaire, cervical et auriculaire. La séborrhée du cuir chevelu est restée assez minime. La desquamation continue longtemps, la peau pâlisant peu à peu et les squames devenant de plus en plus fines.

Le 20 mars, l'étendue de l'érythrodermie qui desquame est très limitée ; elle n'existe plus guère que sur le tronc ; l'érythème du siège est resté

rouge vif jusque vers le début de mars, puis il a pâli et diminué d'étendue pour ne plus atteindre que la partie supérieure des mollets ; ses limites sont restées nettes. On note que la séborrhée légère du cuir chevelu persiste ainsi que l'intertrigo auriculaire bilatéral ; les autres intertrigos ont disparu.

Le 29 mars, il ne persiste plus que quelques petits éléments séborrhéiques épars sur le cuir chevelu qui a une coloration normale, un intertrigo rétro-auriculaire bilatéral et un léger érythème localisé au siège et en voie de guérison.

Le 7 avril, l'état cutané s'est peu modifié, mais il a une tendance nette à l'amélioration.

La croissance de l'enfant a été très perturbée et insuffisante dans l'ensemble. Elle a été normale jusqu'au 13 janvier (4 kg. 330 à 2 mois passés), puis le poids est resté rigoureusement stationnaire jusqu'au 10 février ; une chute de poids à 4 kg. s'est produite à ce moment (3 mois passés), puis le poids est resté stationnaire une semaine, pour augmenter un peu sous l'influence d'une cure d'insuline (2 à 6 unités par jour pendant 12 jours) : 4 kg. 200. Une chute progressive de poids est survenue ensuite : 3 kg. 950 le 20 mars (4 mois et demi) ; une nouvelle cure d'insuline a fait remonter le poids jusqu'à 4 kg. 400 le 7 avril, à 5 mois.

Une otite double est survenue le 18 janvier ; elle a persisté ensuite, disparaissant et reparaissant d'un côté ou de l'autre à plusieurs reprises avec poussées fébriles intermittentes.

Une bronchite bilatérale légère est survenue du 12 au 20 mars avec élévation thermique à 40° et 39° à plusieurs reprises. Un abcès du dos a été incisé le 3 avril (le seul).

La température a été élevée à plusieurs reprises à l'occasion de la bronchite et des poussées successives d'otite signalées ci-dessus, ainsi qu'au moment de l'abcès du dos.

Une vulvite intermittente a été notée au début du séjour de l'enfant ; puis une pâleur marquée au début de janvier, traitée par le tartrate de fer et de potasse. De l'occlusion nasale a persisté longtemps.

En raison de l'hypotrophie considérable et de la pâleur de cette enfant, elle a été envoyée dans le service des débiles avec des lésions cutanées au déclin ; elle présentait alors un pannicule adipeux abdominal très mince, un teint relativement coloré et pas le moindre signe de rachitisme.

Elle a poussé, ultérieurement, d'une façon normale.

*
**

OBS. II. — Raymond D...

Né le 22 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 5 semaines à l'âge de 5 mois et demi (30 décembre 1932-10 mai 1933).

Aucun renseignement n'a été fourni au moment de l'abandon de l'en-

fant à l'Hospice, qui a eu lieu à l'âge de 17 jours. L'enfant pesait alors 3 kg. 250, mesurait 51 cm. et présentait un restant de desquamation physiologique, une mammite droite, une conjonctivite bilatérale purulente, une légère hydrocèle droite et un érythème intertrigo fessier et scrotal.

L'enfant est envoyé à Antony à 5 semaines ; il pèse alors 3 kg. 910 et présente une conjonctivite bilatérale purulente et un érythème intertrigo fessier et scrotal.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté entièrement avec le lait condensé ; ultérieurement, lors de l'apparition des lésions cutanées (20 janvier) l'enfant est mis à l'alimentation mixte, lait de femme-babeurre, à la suite de quelques selles liquides ou muco-grumeleuses. Le 28 janvier, le lait condensé est repris progressivement, le lait de femme n'est supprimé que le 11 février ; puis l'alimentation mixte lait condensé-babeurre continuant, l'adaptation au lait ordinaire commence le 15 février pour se terminer le 4 mars. Des selles décolorées et des selles liquides étant survenues le 10 mars et les jours suivants, l'enfant est remis entièrement au babeurre, puis progressivement de nouveau au lait condensé, puis une fois de plus, à partir du 8 avril, au lait ordinaire, qui devient l'aliment exclusif et le reste à partir du 20 avril.

L'érythème intertrigo fessier et scrotal qui existait à l'arrivée à Antony s'étend subitement le 21 janvier à la partie inférieure de la paroi abdominale, aux lombes et à la totalité de la face postérieure des membres inférieurs ; il est alors rouge intense ; en même temps apparaissent, sur le cuir chevelu et la face, des placards rouges qui confluent rapidement, et sur le tronc d'autres éléments rouges de dimensions variables, sans dépasser un diamètre de 7 à 8 cm., qui restent séparés les jours suivants ; il en existe aussi sur les membres inférieurs.

Eruption et érythème persistent par la suite, s'accompagnant d'intertrigo du cou et des oreilles très marqué, ainsi que d'intertrigo axillaire bilatéral ; l'érythème du siège atteint la région ombilicale ; une séborrhée légère survient sur la partie supérieure du cuir chevelu.

Vers le 8 février, l'éruption paraît s'atténuer. Ce n'est qu'au début de mars qu'elle commence à desquamer en totalité.

Le 22 mars, la desquamation est terminée sur la face, mais persiste sur le tronc et la totalité du cuir chevelu par larges lambeaux, sauf au niveau de la nuque, où l'érythrodermie se continue avec l'intertrigo du cou ; il existe encore de l'intertrigo rétro-auriculaire important et axillaire bilatéral.

Les éléments érythrodermiques du tronc et des membres inférieurs, surtout nombreux au niveau du dos, sont en pleine desquamation ; ils ont l'aspect de la parakératose psoriasiforme avec larges lambeaux de peau se détachant.

L'érythème fessier a un peu rétrocedé, atteignant cependant l'ombilic et les lombes, mais ne dépassant pas les mollets ; il a des limites nettes.

Le 1^{er} avril, le front est devenu normal, la desquamation continue sur le cuir chevelu où persiste la séborrhée et sur les placards psoriasiformes ;

les divers intertrigos persistent. Celui du siège est pâle, sec, prêt à desquamer.

Le 10 avril, les placards de parakératose ont disparu; le cuir chevelu est presque normal, l'intertrigo des aisselles et des oreilles est minime, celui du cou a augmenté, l'érythème du siège est encore très étendu mais atténué.

Au départ de l'enfant, un mois plus tard, il ne persiste qu'un léger intertrigo des plis de la face interne des cuisses.

La croissance de l'enfant, irrégulière et insuffisante dans l'ensemble, a été nulle depuis le 6 janvier jusqu'au 8 février (4 kg. 200) puis elle a repris jusqu'au 7 mars (4 kg. 700) pour rester alors nulle, puis présenter une décroissance au moment des troubles digestifs survenus le 16 mars (4 kg. 400 le 20 mars); le poids augmente alors de nouveau jusqu'au 11 avril (4 kg. 980), reste stationnaire jusqu'au 25 et augmente à nouveau jusqu'au départ (5 kg. 370).

Une otite gauche est survenue le 15 mars, qui a peu duré, puis il y a eu une assez longue histoire d'otite droite avec fièvre et écoulement intermittent, puis une otite gauche de nouveau.

La température a été élevée du fait de l'otite initiale pendant 2 jours, puis pendant une assez longue période en rapport avec l'infection auriculaire.

Aucun symptôme particulier n'a été noté, si ce n'est l'éruption de 2 dents à l'âge de 4 mois 10 jours.

L'enfant a pu être envoyé en agence, en bon état cutané, mais très hypotrophique et pâlot après une longue histoire auriculaire.

Des examens bactériologiques ont pu être pratiqués par le docteur Donato, le 22 mars 1933. L'examen des selles, à réaction acide, a donné une flore homogène gram positif avec entérocoque dans la proportion de 82 %. On a noté, en outre, des bacilles coli-aérogènes (12 %). L'examen des squames a montré l'entérocoque dans la proportion de 76 %. On a noté le microbacille de la séborrhée (6 %). On n'a pas noté de colibacilles.

*
**

Obs. III. — Bernard L...

Né le 3 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de un mois à l'âge de 3 mois 9 jours (4 janvier-12 mars 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à terme pesant 3 kg. 200 et aurait été nourri à l'allaitement mixte sein-lait condensé jusqu'à son abandon; la mère paraissait malade et avait un gros cou; elle se plaignait de nervosité et palpitations. L'enfant est abandonné à l'Hospice à l'âge de 10 jours; il pèse alors 3 kg. 200 et mesure 52 cm.; il présente alors une érythrodermie et un ictère physiologiques, de la desquamation physiologique, de l'œdème dur sus-pubien, une conjonctivite bilatérale légère, une petite hydrocèle gauche et un érythème fessier.

L'enfant est envoyé à Antony à l'âge de 1 mois ; il pèse alors 3 kg. 810, présente une hydrocèle gauche assez volumineuse et un érythème intertrigo étendu sur le siège, les cuisses et le scrotum.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec 2 biberons de lait de femme, 3 de babeurre et 2 de lait condensé ; celui-ci est augmenté les jours suivants tandis que le lait de femme, puis le babeurre sont tour à tour supprimés, le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 21 janvier ; cependant quelques selles liquides et glaireuses étaient survenues pendant les 10 premiers jours du séjour dans le service.

Le 25 janvier, en raison de l'état cutané, on met l'enfant à l'allaitement mixte babeurre-lait condensé, puis, à partir du 3 février, au lait de femme et au babeurre ; le lait condensé est repris peu à peu à partir du 10 février. L'enfant est alimenté avec du babeurre et du lait condensé à partir du 18 et jusqu'au départ de l'enfant.

L'érythème du siège, assez étendu à l'arrivée, a pris une extension rapide, le 20 janvier, en même temps qu'apparaissait une éruption généralisée composée d'éléments peu étendus, rouges, mais très nombreux, rappelant une éruption de rougeole. Cet érythème est devenu rapidement confluent et a persisté sur la face, le cuir chevelu et le dos tandis que les éléments sont restés séparés sur le devant du tronc et sur les membres. Une légère séborrhée du cuir chevelu, de l'intertrigo cervical et axillaire bilatéral sont apparus dans les derniers jours de janvier.

Les lésions cutanées ont persisté, l'érythrodermie desquamant finement pour ne disparaître qu'au début de mars, la séborrhée, restée minime, disparaissant au même moment, l'érythème étendu du siège et les intertrigos ne s'atténuant qu'à partir du 8 mars. Le 12 mars, il n'existait plus qu'un érythème du siège très peu étendu et un peu d'intertrigo axillaire gauche.

La croissance de l'enfant a été régulière mais lente jusqu'au 24 janvier (4 kg. 150) puis le poids a diminué progressivement avec quelques oscillations jusqu'à 3 kg. 650 le 11 février ; il est alors resté stationnaire jusqu'au 23 pour augmenter très peu jusqu'au 30 (3 kg. 820) et rester à nouveau stationnaire jusqu'au départ de l'enfant.

Une otite droite est survenue le 18 janvier, puis une otite gauche à partir du 12 février ; l'otite double a disparu vers le 24.

La température a été constamment normale, à part une période subfébrile de 3 jours au début de mars, pendant laquelle l'enfant a toussé sans présenter de bronchite.

Aucun signe particulier n'a été noté ; l'hydrocèle gauche a disparu rapidement. La rate a été trouvée perceptible au ras du rebord costal au départ de l'enfant.

L'enfant a été envoyé, en raison de son hypotrophie voisine de l'hypothrepsie du 1^{er} degré, dans le service des débiles où il a continué à présenter quelque temps un poids stationnaire et un léger érythème intertrigo du siège.

OBS. IV. — Magdelaine H...

Née le 1^{er} décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de un mois à l'âge de 5 mois (30 décembre 1932-27 avril 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à 8 mois, pesant 2 kg. 750, et aurait été nourrie au sein jusqu'à son abandon.

Celui-ci a eu lieu à l'âge de 11 jours : l'enfant pèse alors 2 kg. 750 et mesure 49 cm. et demi; il s'agit donc d'une débile congénitale, peut-être légèrement prématurée. Elle présente à ce moment un ictère physiologique et un ombilic non cicatrisé.

On envoie l'enfant à Antony à un mois ; elle pèse alors 3 kg. 400 et ne présente rien de particulier.

L'enfant est alimentée, à son arrivée, avec 2 biberons de lait de femme et 5 de babeurre ; on lui donne aussitôt du lait condensé qui augmente les jours suivants, mais il survient quelques selles muco-grumeleuses du 8 au 11 janvier, puis le 17 et surtout à partir du 19 : on donne du benzonaphtol et du sous-nitrate de bismuth et on met l'enfant complètement au lait de femme. Les selles persistent anormales pendant trois semaines, surtout muco-grumeleuses, quelquefois un peu liquides et s'accompagnent, du 22 au 26 janvier, de quelques vomissements. On commence à donner à l'enfant du babeurre à partir du 7 février ; il n'y aura plus de troubles digestifs à partir de ce moment. L'adaptation au lait ordinaire commence le 22, l'enfant étant encore à l'alimentation mixte lait de femme-babeurre. Ces deux derniers disparaissent successivement et l'enfant est complètement au lait ordinaire à partir du 15 mars.

Un érythème intertrigo du siège apparaît vers le 20 janvier ; il s'étend rapidement le 22 sur la région vulvaire et la région pubienne, les plis voisins, les fesses et la totalité de la face postérieure des membres inférieurs tandis qu'apparaît subitement une érythrodermie intéressant le cuir chevelu, la face et le cou en totalité et comprenant, en outre, des éléments disséminés sur le tronc et les membres, de dimensions variables, qui augmentent d'étendue et confluent par places les jours suivants.

Cette érythrodermie pâlit vers le huitième jour, desquame très finement et disparaît complètement le 17 février ; l'érythème du siège persiste, très étendu ; il est apparu à la fin de janvier un peu de séborrhée du cuir chevelu qui persiste sous forme de petits placards séparés, de l'intertrigo sus-auriculaire, axillaire et cervical.

Le 23 mars, l'érythème du siège dépasse à peine les creux poplités et pâlit ; les intertrigos persistent, surtout sur le cou, en arrière, moins marqués latéralement ; la séborrhée est restée peu importante. Le 30 mars, la séborrhée s'atténue, il persiste un intertrigo cervical assez important, un léger intertrigo axillaire droit et un érythème du siège à peau rosée, sèche et plissée.

Le 12 avril, l'intertrigo du cou est sec et atténué ; il y a un peu d'intertrigo sus-auriculaire et axillaire droit ; la séborrhée a à peu près disparu ; il en est de même de l'érythème fessier. Le 25 avril, il ne reste

que de petites fissures sus-auriculaires et un peu d'intertrigo cervical gauche.

La croissance de l'enfant, normale une semaine, a été arrêtée par les troubles digestifs du 8 au 11 janvier ; le poids est alors resté stationnaire jusqu'au 18 (3 kg. 650), puis le poids est descendu en quelques jours à 3 kg. 370 (le 24) ; il reste alors stationnaire jusqu'au 11 février (3 kg. 460). La croissance reprend à ce moment, présente un arrêt du 21 février au 3 mars (3 kg. 780), augmente sous l'influence de quelques injections de sulfarsénol pour atteindre 4 kg. le 16 mars et continuer ensuite normalement jusqu'au départ (4 kg. 910 à 5 mois).

Une otite droite est survenue le 17 janvier ; elle a disparu et reparu plusieurs fois par la suite pour disparaître seulement au début d'avril.

Un coryza a été noté à partir du 8 février ; un ensemencement a montré, le 14, que l'enfant était porteuse de bacilles diphtériques moyens dans le nez ; elle a été désinfectée en 5 jours par l'acétylarsan nasal, mais un nouvel ensemencement ayant été positif le 14 mars, il a fallu cette fois deux cures d'acétylarsan pour désinfecter le nez. L'occlusion nasale a persisté jusqu'à la fin de mars, provoquant pendant toute sa durée de la toux, sans signes d'auscultation. Un abcès de l'épaule droite peu important a été incisé le 16 mars ; il a dû être réincisé à plusieurs reprises.

La température n'a été élevée que du 23 au 26 janvier, expliquée par le fait que l'oreille droite ne coulait plus et a recommencé à couler, et a présenté de temps à autre un petit clocher à 38° en rapport également avec l'infection otitique.

Aucun signe particulier n'a été noté, si ce n'est qu'une rate légèrement augmentée de volume au départ de l'enfant.

L'enfant a été envoyée en agence, malgré son hypotrophie importante à cause de son bon état général et cutané.

*
**

Obs. V. — Jean B...

Né le 21 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 6 semaines à l'âge de 5 mois (4 janvier-23 avril 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à terme, pesant 3 kg. 100 et aurait été nourri au sein jusqu'à son abandon ; la mère serait cardiaque et hépatique (?).

L'abandon a eu lieu à l'Hospice à l'âge de 18 jours ; l'enfant pèse alors 3 kg. 500 et mesure 50 cm.

On l'envoie à Antony à l'âge de 6 semaines ; il pèse alors 3 kg. 950 et présente seulement une tache pigmentaire au bras gauche.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec du babeurre qu'on a remplacé rapidement par du lait condensé ; des selles glaireuses, muco-grumeleuses ou liquides, surviennent dès l'arrivée de l'enfant et

persistent, peu fréquentes d'ailleurs (1 ou 2 par jour) ; aussi on remet l'enfant au babeurre à partir du 25 janvier. Les troubles digestifs cessent et on commence l'adaptation au lait ordinaire le 4 février sans passer par l'intermédiaire du lait condensé.

L'enfant est complètement au lait ordinaire le 20 février. Quelques selles glaireuses se sont produites quelques jours avant, puis reprennent, plus nombreuses, accompagnées de selles liquides à partir du 28 février. L'enfant est mis à la diète hydrique et réalimenté avec du babeurre, puis du lait condensé qui devient l'aliment exclusif à partir du 28 mars. Quelques vomissements ou selles muco-grumeleuses surviennent encore de temps à autre jusqu'au départ de l'enfant.

Un érythème intertrigo du siège et du scrotum est apparu vers le 15 janvier lors des troubles digestifs survenus à ce moment, puis il s'étend rapidement jusqu'à l'ombilic et à la totalité des membres inférieurs le 24, s'accompagnant en même temps d'une éruption généralisée constituée par de nombreux placards rouges, de dimensions variables, les uns petits, les autres atteignant les dimensions de la paume de la main, disséminés sur la face, le front, le tronc en avant et en arrière et les membres ; la confluence est totale sur le dos.

Ces placards d'érythrodermie ne se modifient pas les jours suivants si ce n'est qu'ils commencent vers le 6 février à présenter une fine desquamation. Il apparaît, vers cette époque, de la séborrhée du cuir chevelu importante et étendue, et un intertrigo rétro-auriculaire, cervical et axillaire bilatéral.

Le 26 février, la desquamation de l'érythrodermie se poursuit, les autres lésions cutanées ne se sont pas modifiées.

Le 5 mars, l'érythème du siège qui avait tendance à pâlir présente une poussée congestive intense de même que l'érythrodermie du tronc et du cou ; cette poussée s'atténue rapidement.

Le 22 mars, la face est nettoyée ; le dos desquame en totalité, il existe encore des placards desquamants sur la paroi abdominale antérieure ; les membres sont indemnes mais l'érythème du siège est toujours très étendu à l'abdomen et aux membres inférieurs ; il existe des fissures dans les plis des cuisses et des creux poplités, de l'intertrigo important du cou, moins important des oreilles et des aisselles. La séborrhée desquame par grands lambeaux dans la région pariéto-occipitale ; elle persiste à la partie antérieure du cuir chevelu.

Le 29 mars, l'érythrodermie a disparu ; la séborrhée n'existe plus qu'à la partie antérieure de la région supérieure du crâne, l'ensemble de l'érythème du siège a une peau sèche, fine, plissée, rosée avec desquamation fine ; l'intertrigo persiste, mais sec également.

Le 7 avril, le cuir chevelu présente quelques croûtes superficielles, sans séborrhée ; l'intertrigo est peu important sur le cou à gauche et derrière l'oreille gauche, plus marqué à droite ; l'intertrigo persiste aux aisselles et au siège allant de la région pubienne et du scrotum jusqu'aux talons.

Le 19, il persiste de l'intertrigo sus-auriculaire et cervical peu important ; l'érythème du siège est maintenant limité au scrotum et aux

cuisses ; les aisselles sont à peu près indemnes. Au départ, les lésions se sont encore atténuées et limitées.

La croissance de l'enfant a été normale jusqu'au 20 janvier (4 kg. 240 à 2 mois) puis le poids a diminué jusqu'à 4 kg. 010 le 24 en raison des troubles digestifs signalés pour reprendre ensuite une ascension régulière jusqu'au 21 février (4 kg. 550 à 3 mois) ; une importante chute de poids survient alors sous l'influence des troubles digestifs de ce moment (4 kg. 020 le 6 mars). Ce poids reste stationnaire alors jusqu'au 30 mars (3 kg. 990 à 4 mois et demi), puis augmente sous l'influence d'une cure d'insuline pour atteindre 4 kg. 370 le 16 avril et rester stationnaire les jours suivants.

Une otite droite est survenue sans élévation thermique le 13 février ; elle a cessé de couler le 23, a repris le 3 mars, et ainsi de suite à plusieurs reprises, provoquant chaque fois une élévation thermique plus ou moins importante et accentuée. Une bronchite légère a été observée le 16 mars.

Un abcès du dos, un abcès du pied et un abcès rétro-auriculaire droit ont été incisés au début d'avril, au déclin du syndrome cutané.

La température n'a été élevée que du fait de l'otite droite intermittente et de la bronchite signalées ci-dessus.

Un kyste du cordon gauche a été noté pendant le séjour et au départ de l'enfant.

L'enfant a été envoyé dans le service des débiles en raison de son hypothrepsie du 1^{er} degré constatée lors du départ ; il était alors en assez bon état cutané, mais la croissance n'avait pas encore repris normalement.

*
**

Obs. VI. — Eliane S...

Née le 17 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de un mois à l'âge de 4 mois 25 jours (15 décembre 1932-11 avril 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme, pesant 2 kg. 950, et aurait été nourrie au sein jusqu'à son abandon, qui a eu lieu à l'âge de 14 jours. A ce moment, elle pèse 2 kg. 900, mesure 50 cm. et ne présente rien de particulier. Ce n'est donc qu'une débile congénitale.

On l'envoie à Antony à 1 mois : elle pèse alors 3 kg. 370 ; son examen est normal.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 4 biberons de lait de femme et 3 biberons de babeurre ; 1 biberon de lait condensé est donné le 21 décembre. Il survient alors, jusqu'au 25, des selles glaireuses et des selles liquides nécessitant une potion au benzonaphtol et au sous-nitrate de bismuth ; les choses rentrent rapidement dans l'ordre. Le lait condensé, repris le 31 décembre, devient l'aliment exclusif à partir du 16 janvier, mais des selles glaireuses se sont à nouveau montrées depuis

le 7 et continuent à se produire jusqu'au 25, peu nombreuses, d'ailleurs. L'adaptation au lait ordinaire commence le 1^{er} février pour se terminer sans incident le 18, à 3 mois ; des selles de dyspepsie du lait de vache, plus ou moins décolorées, se produisent ensuite presque journellement, nécessitant, à partir du 25, une alimentation mixte babeurre-lait ordinaire, puis, à partir du 7 mars, uniquement du babeurre. Après la disparition des selles décolorées, l'alimentation au lait ordinaire est reprise le 13 ; quelques selles décolorées surviennent encore, cessant quelques jours et reparaissant.

Un léger érythème intertrigo du siège, très localisé, fait son apparition au moment des troubles digestifs de la fin décembre. Il persiste quelques jours seulement, puis réapparaît vers le 10 janvier pour persister sans grandes modifications jusque vers le 15 février.

Il apparaît alors subitement ou très rapidement une éruption intéressant le cuir chevelu, la face et le tronc, formée d'éléments rouges maculeux séparés, de dimensions variables, qui confluent en quelques jours, donnant lieu à une rougeur uniforme de la peau, sauf au niveau de la partie supérieure du dos où restent quelques espaces de peau saine, et s'étendent aux membres tout en présentant dès ce moment un début de desquamation ; en même temps, l'érythème du siège, devenu intense, s'est étendu à la totalité de la face postéro-interne des cuisses et des jambes et remonte sur la moitié inférieure de la région sous-ombilicale de la paroi abdominale ; il existe aussi un peu d'intertrigo axillaire bilatéral, rétro-auriculaire bilatéral léger et une séborrhée minime du cuir chevelu.

Le 21 février, l'éruption est un peu plus pâle, sèche et desquame en totalité par larges lambeaux ; elle est absolument généralisée (vaccin entérococcique en injections : 22 février au 2 mars).

Le 10 mars, l'éruption a à peu près complètement disparu ; il ne persiste qu'une fine desquamation généralisée ; le 22, elle est limitée à la face externe des membres inférieurs et à une bande de 10 cm. située au-dessus de la limite supérieure de l'érythème fessier et abdominal ; elle disparaît quelques jours plus tard.

L'intertrigo rétro-auriculaire bilatéral et axillaire bilatéral persiste ; la séborrhée est restée minime sur le cuir chevelu ; l'érythème du siège a desquamé ; la peau est fine, rosée, plissée sur toute son étendue.

Le 2 avril, la séborrhée est toujours peu importante ; il existe une fissure sus-auriculaire gauche, un intertrigo axillaire bilatéral ; il existe un peu d'intertrigo cervical et scapulaire gauche ; l'érythème fessier est très peu étendu et très atténué.

Le 8 avril, la séborrhée est à son minimum, sèche ; il reste une petite fissure sus-auriculaire gauche et l'intertrigo axillaire bilatéral ; l'érythème fessier est au minimum, intéressant surtout les plis.

La croissance, à peine arrêtée par les troubles digestifs de décembre, a été normale, sauf un nouvel arrêt du 20 au 25 janvier, jusqu'au 14 février (4 kg. 770 un peu avant 3 mois). Le poids est alors resté stationnaire jusqu'au 28, puis a, peu à peu, diminué jusqu'au 11 mars

(4 kg. 400) pour reprendre ensuite progressivement jusqu'au départ (5 kg. 100).

Une otite gauche passagère avec fièvre pendant plusieurs jours et douleurs de l'oreille droite est survenue le 20 janvier ; elle n'a pas duré.

La température, à part la période fébrile indiquée ci-dessus, a été normale, sauf deux ou trois crochets passagers à 38°.

Il n'a pas été noté de symptômes particuliers.

L'enfant a été envoyée en agence assez hypotrophique mais en bon état cutané et général.

**

Obs. VII. — Julia T...

Née le 30 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de un mois à l'âge de 4 mois 10 jours (28 décembre 1932-8 avril 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme pesant environ 3 kg., et aurait été nourrie, jusqu'à son abandon, au sein maternel.

L'abandon à l'Hospice a lieu à l'âge de 10 jours ; l'enfant pèse alors 2 kg. 898 et mesure 50 cm. ; elle présente une conjonctivite légère. On l'envoie à Antony à 1 mois ; elle pèse à ce moment 3 kg. 520, présente un ombilic non cicatrisé et un léger érythème intertrigo du siège.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 3 biberons de lait de femme et 4 de babeurre. Un début de lait condensé à partir du 4 janvier s'accompagne de selles glaireuses et muco-grumeleuses qui se prolongent une dizaine de jours et qui obligent à supprimer le lait condensé ; on le reprend le 14 janvier, et il devient l'aliment exclusif à partir du 30. De loin en loin survient encore une selle muco-grumeleuse.

L'adaptation au lait ordinaire commence le 8 février pour se terminer le 1^{er} mars.

Une broncho-pneumonie survenue à partir du 13 oblige à remettre l'enfant au lait de femme ; on lui donne ensuite du babeurre, puis du lait condensé ; le lait ordinaire n'a plus été repris.

L'érythème intertrigo du siège, qui existait à l'arrivée, persiste sans modification importante jusqu'au 12 février ; à ce moment, il s'étend rapidement vers la face postérieure des cuisses et des jambes puis apparaît, le 15, une éruption rouge uniforme, sur le cuir chevelu, la face et le cou, avec des éléments rouges de dimensions variables, disséminés sur le tronc et les membres inférieurs. Une nouvelle poussée évolutive fait confluer un grand nombre des éléments disséminés.

Au début de mars, l'éruption commence à pâlir, ainsi que l'érythème du siège et des membres inférieurs, qui a envahi un peu l'abdomen ; il ne se produit qu'une desquamation très fine de l'éruption les jours suivants.

Le 15 mars, l'éruption est très atténuée, mais non disparue ; il existe,

à ce moment, une séborrhée assez importante, et suintante, sur le cuir chevelu; un érythème intertrigo localisé au siège et aux régions voisines, mais encore visible, rose pâle, sur le reste de son étendue antérieure; de l'intertrigo cervical et sus-auriculaire bilatéral.

L'érythrodermie disparaît alors rapidement, ainsi que la calotte de séborrhée qui laisse à sa place un cuir chevelu chauve; l'érythème fessier pâlit, la peau est fine et plissée quelque temps, puis redevient normale.

Au départ de l'enfant, il existe encore un intertrigo sec et léger du cou et rétro-auriculaire bilatéral, un intertrigo léger des plis génito-cruraux et de la région péri-anale, et un soupçon d'intertrigo axillaire bilatéral.

La croissance de l'enfant momentanément arrêtée par les troubles digestifs du début de janvier a repris ensuite normalement jusqu'au 10 février (4 kg. 380 à 2 mois 10 jours) puis le poids est resté à peu près stationnaire jusqu'au 12 mars (4 kg. 500 à 3 mois et demi); à ce moment (bronchopneumonie) il est tombé progressivement à 3 kg. 920 le 24 mars pour remonter ensuite régulièrement jusqu'au départ de l'enfant (4 kg. 370).

Une otite droite est survenue après 2 élévations thermiques à 40° le 27 janvier; elle a persisté 40 jours environ. Une broncho-pneumonie est survenue à partir du 13 mars, après une période de 10 jours de bronchite légère.

La température s'est maintenue élevée pendant 6 jours, puis est descendue en lysis; un gros foyer à la base droite avec submatité, souffle tubaire et râles sous-crépitants, a évolué pendant ce temps avec apparition, pendant 48 heures, d'un petit foyer de râles à la base gauche.

Une otite double est survenue le 31 mars alors que la broncho-pneumonie était guérie depuis environ 2 semaines; elle a persisté jusqu'au départ.

La température, en dehors de l'otite et de la broncho-pneumonie, a été constamment normale.

Il n'a pas été constaté de symptômes particuliers.

L'enfant, en raison de son hypotrophie et de sa broncho-pneumonie récente, a été envoyée dans le service des enfants débiles, en bon état cutané.

*
**

OBS. VIII. — Michelle B...

Née le 10 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 8 semaines à l'âge de 6 mois (4 janvier-11 mai 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née pesant 2 kg. 420 et aurait été alimentée jusqu'à son abandon avec du lait en poudre. L'abandon a lieu à l'Hospice à l'âge de 6 semaines; l'enfant pèse alors 2 kg. 850 et mesure 47 cm.; il s'agit donc d'une grande prématurée

débile ; elle présente à ce moment une hernie ombilicale et, pendant son séjour, une diarrhée légère ayant rapidement guéri et du pemphigus peu important.

On envoie l'enfant à Antony à l'âge de 8 semaines ; elle pèse à ce moment 3 kg 200 et présente une petite hernie ombilicale.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 3 biberons de lait de femme et 4 de babeurre ; on lui donne rapidement du lait condensé qui devient l'aliment exclusif à partir du 28 janvier seulement, le babeurre ayant été supprimé en premier, le lait de femme ensuite. Quelques selles mal digérées, muco-grumeleuses ont été observées du 7 au 16 janvier.

L'adaptation au lait ordinaire, commencée le 4 février, se termine le 20 sans incident ; quelques selles décolorées sont notées à partir du 23 à des intervalles espacés. On en note plusieurs jours de suite à la fin de mars, puis elles disparaissent définitivement.

Un érythème intertrigo du siège apparaît sans raison vers le 13 février et s'étend les jours suivants à la région vulvaire, aux cuisses, aux creux poplités et à la partie moyenne des mollets ; à peu près en même temps apparaissent un intertrigo du cou, presque circulaire, une légère séborrhée du cuir chevelu et quelques éléments érythrodermiques disséminés sur le tronc en avant et en arrière, principalement au voisinage de la limite supérieure de l'érythème du siège.

Ces éléments érythrodermiques au début commencent à desquamer les jours suivants et prennent l'aspect de la parakératose psoriasiforme ; ils sont en pleine desquamation à la fin de février et disparaissent vers le 10 mars ; la séborrhée s'atténue à cette époque ainsi que l'intertrigo du cou et l'érythème du siège qui atteint encore la région sus-pubienne et la partie inférieure des mollets.

Le 22 mars, la séborrhée a disparu, il existe une petite fissure rétro-auriculaire bilatérale, de l'intertrigo cervical et axillaire bilatéral, un érythème du siège très peu étendu et atténué.

Le 29, il n'y a plus que l'intertrigo cervical, rétro-auriculaire et axillaire avec un léger intertrigo des plis du siège.

Le 8 avril, l'érythème du siège a disparu, l'intertrigo des oreilles et des aisselles également, l'intertrigo du cou est sec. Il y a, par la suite, de nouvelles petites poussées d'intertrigo au niveau de l'une ou l'autre de ces localisations habituelles, mais elles sont peu importantes et éphémères.

La croissance de l'enfant a été satisfaisante dans l'ensemble avec seulement quelques arrêts passagers jusqu'au 28 mars (4 kg. 870 à 4 mois et demi) à partir de ce moment le syndrome cutané était presque guéri ; le poids reste stationnaire jusqu'au départ de l'enfant.

Un coryza sanguinolent avec présence de bacilles diphtériques moyens a été observé le 17 janvier ; la désinfection a été obtenue rapidement par l'acétylarsan nasal.

Une otite double est survenue le 3 mars, l'écoulement a cessé assez

rapidement ; une nouvelle otite droite est survenue le 15 mars ; elle a cessé de couler à plusieurs reprises, provoquant des crochets fébriles ; puis l'oreille gauche est devenue douloureuse à partir du 29 mars tandis que la droite cessait de couler ; l'enfant a eu alors de la fièvre jusqu'au 12 avril où une paracentèse a été pratiquée ; une bronchite légère était survenue pendant ce temps.

La bronchite a persisté avec occlusion nasale et fièvre jusqu'au départ de l'enfant ; plusieurs paracentèses doubles ont dû être pratiquées pendant cette période.

La température a été élevée à plusieurs reprises et longtemps du fait de l'infection auriculaire bilatérale récidivante et de la bronchite prolongée.

Aucun symptôme particulier n'a été noté ; la cuti-réaction a été négative le 25 avril ; une première dent était prête à sortir au départ de l'enfant.

L'enfant a été envoyée dans le service des débiles à cause de son hypotrophie résultant uniquement de la longue infection rhino-broncho-auriculaire survenue chez cette enfant prématurée débile. Elle était depuis longtemps en bon état au point de vue cutané.

*
**

OBS. IX. — Lucie L...

Née le 13 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 3 jours à l'âge de 2 mois 22 jours (10 janvier-12 mars 1933).

Aucun renseignement n'a été fourni sur l'enfant au moment de son abandon à l'Hospice, qui a eu lieu à l'âge de 1 jour ; l'enfant pesait alors 2 kg. 900 et mesurait 47 cm. 5, elle était donc prématurée ; on note, à ce moment, la non fermeture de la fontanelle postérieure ; l'enfant présente ensuite un abcès du sein droit qui est incisé et un érythème fessier.

L'enfant est envoyée à Antony à l'âge de 23 jours ; elle pèse alors 3 kg. 250 et présente un léger érythème intertrigo du siège assez localisé.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 2 biberons de lait de femme et 5 de babeurre ; quelques selles glaireuses surviennent pendant 3 jours ; le lait condensé est commencé le 18 janvier, le lait de femme, puis le babeurre sont successivement supprimés et le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 6 février. Quelques rares vomissements sont notés vers ce moment ; on revient à l'alimentation mixte babeurre-lait condensé à partir du 11, puis lait de femme-babeurre à partir du 24 et ceci jusqu'au départ de l'enfant en raison de selles muco-grumeleuses et glaireuses apparues le 17 février et ayant persisté jusqu'au 10 mars.

L'érythème intertrigo du siège noté au début persiste sans grandes modifications jusqu'au 16 février ; à ce moment, il s'étend rapidement à la totalité de la face postérieure des membres inférieurs et à la région sus-pubienne tandis qu'apparaît une érythrodermie uniforme étendue au

tronc en totalité, au cou, à la nuque, mais n'intéressant pas les membres. Quelques jours plus tard apparaît de la séborrhée importante et suintante sur le cuir chevelu tandis que l'érythrodermie desquame par petits lambeaux sur le tronc et il apparaît de l'intertrigo dans les plis du cou, des oreilles et des aisselles.

Le 10 mars, le dos est redevenu normal, la desquamation continue sur la partie antérieure du tronc, la séborrhée a disparu très rapidement, laissant un cuir chevelu sans cheveux ; l'érythème du siège, tout en restant étendu, est atténué, de couleur rose. L'enfant quitte le service le 12 mars. Le 26 mars, il ne persiste qu'un léger érythème du siège et un léger intertrigo du cou.

La croissance de l'enfant a été normale jusqu'au 31 janvier (3 kg. 620 à 6 semaines) puis le poids est resté stationnaire avec quelques oscillations jusqu'au départ de l'enfant (3 kg. 700).

Une otite droite est survenue le 1^{er} février, puis une otite double le 23 qui n'a persisté que jusqu'au 4 mars.

La température n'a été élevée qu'au moment de l'otite double et pendant quelques jours seulement.

L'enfant est devenue anorexique à partir du moment où a débuté la première otite et l'est restée par la suite ; aucun stigmate particulier n'a été noté.

L'enfant a été envoyée dans le service des débiles en raison de son hypotrophie, de son anorexie et de la persistance des troubles digestifs. Le syndrome cutané était alors au déclin.

**

Obs. X. — Henri B...

Né le 15 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de 4 mois (16 janvier-14 avril 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à terme pesant 3 kg. 120, et aurait été nourri au sein jusqu'à son abandon. Celui-ci a eu lieu à l'âge de 11 jours ; l'enfant pèse alors 3 kg. 100 et mesure 49 cm. 5 ; il présente quelque pyodermites superficielles au niveau des cuisses.

On l'envoie à Antony à l'âge de 1 mois ; il pèse à ce moment 3 kg. 730 et présente une petite hernie ombilicale.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec 2 biberons de lait de femme et 5 de babeurre ; on lui donne aussitôt du lait condensé qui devient, le 4 février, l'aliment exclusif après suppression successive du lait de femme, puis du babeurre. Quelques selles glaireuses et mucogruমেleuses sont notées pendant le troisième et le quatrième jour qui suivent l'arrivée de l'enfant.

L'adaptation au lait ordinaire commence le 22 février et se termine le 11 mars : quelques vomissements espacés, puis des selles mucogruমেleuses surviennent pendant cette période ; ces troubles digestifs cessent le 7 mars.

Il survient plus tard, du 19 au 24 mars, de nouveaux vomissements accompagnés cette fois de selles décolorées ; puis il n'y a plus de troubles digestifs jusqu'au départ de l'enfant.

Un érythème intertrigo localisé au siège et au scrotum fait son apparition vers le 1^{er} février ; il persiste par la suite, s'étendant à la région pubienne et à la face postérieure des cuisses et de la moitié supérieure des mollets vers le 16 février ; à cette date apparaissent des placards d'érythrodermie sur le cuir chevelu, les joues et le menton. Ces placards persistent pendant une vingtaine de jours sur les joues et le menton, se mettant alors à desquamier et disparaissent peu après le 15 mars.

L'érythrodermie du cuir chevelu se recouvre, une huitaine de jours après son apparition, de séborrhée assez importante sur toute la région antéro-supérieure du crâne ; vers le 28 février apparaissent également de l'intertrigo sus et rétro-auriculaire bilatéral, cervical surtout postérieur et axillaire bilatéral.

L'érythème fessier qui s'était quelque peu atténué dans les derniers jours de février, tout en restant étendu, devient à nouveau rouge vif vers le 7 mars.

Le 22 mars, l'érythrodermie a disparu depuis plusieurs jours ; l'érythème du siège atteint la partie toute inférieure de l'abdomen en avant, l'extrémité supérieure du pli interfessier en arrière, la partie moyenne des mollets en bas ; il existe des fissures dans les plis des cuisses et des creux poplités ; la séborrhée commence à se détacher sur la partie supérieure du crâne ; l'intertrigo cervical et auriculaire est très amélioré, celui des aisselles persiste.

Le 2 avril, la séborrhée diminue notablement, l'érythème du siège persiste, mais les fissures ont disparu ; l'intertrigo axillaire bilatéral, cervical, surtout à droite et sus-auriculaire droit persistent.

Le 10 avril, la séborrhée est sèche et minime, l'érythème fessier ne se modifie pas, les intertrigos persistent, surtout au niveau de l'oreille droite.

Le 13 avril, l'érythème est de couleur pâle, mais encore très étendu, la séborrhée est minime, il existe une petite fissure sus-auriculaire bilatérale, axillaire bilatérale.

La croissance de l'enfant a été satisfaisante, à part un arrêt momentané du 31 janvier au 3 février (4 kg. 010), jusqu'au 14 février (4 kg. 350). Le poids est alors resté stationnaire jusqu'au 2 mars (4 kg. 350), a repris ensuite jusqu'au 24 (4 kg. 740), a baissé alors à 4 kg. 630 le 28 mars pour augmenter alors lentement jusqu'au départ de l'enfant (4 kg. 870 à 4 mois).

Une otite droite est survenue le 11 février et une otite double à partir du 13 mars, avec occlusion nasale. L'otite gauche a cessé de couler très rapidement, la droite a présenté un écoulement jusqu'à la fin de mars. Le coryza a persisté jusqu'au départ de l'enfant.

Il n'y a pour ainsi dire pas eu d'élévation thermique.

Une hernie inguinale droite peu importante a été notée pendant le séjour.

L'enfant a été envoyé en agence malgré une hypotrophie relative et la persistance d'un érythème du siège avec autres localisations d'intertrigo.

**

Obs. XI. — Madeleine G...

Née le 21 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 26 jours à l'âge de 5 mois et demi (17 décembre 1932-7 mai 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme, et nourrie au sein jusqu'au moment de l'abandon ; son poids de naissance n'est pas indiqué ; l'abandon à l'Hospice a lieu à 10 jours. L'enfant pèse alors 2 kg. 750 et mesure 48 cm. ; il s'agit donc d'une enfant prématurée et débile ; on note à ce moment une petite hernie ombilicale avec ombilic non encore cicatrisé.

L'enfant est envoyée à Antony à 25 jours ; elle pèse alors 3 kg. 120, présente une petite hernie ombilicale, un nævus de la région pariétale gauche et des écorchures superficielles des deux chevilles.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 3 biberons de lait de femme et 4 de babeurre, le lait condensé est commencé quelques jours plus tard ; le lait de femme, puis le babeurre sont supprimés ; le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 14 janvier ; à ce moment surviennent quelques vomissements, 1 ou 2 selles muco-grumeleuses ; on revient donc à l'alimentation mixte babeurre-lait condensé pendant quelques jours, puis on remet l'enfant complètement au lait condensé (10 février), l'adaptation au lait ordinaire commence le 14 février pour se terminer le 2 mars ; aucun trouble digestif n'est noté pendant cette période, ni plus tard.

Un érythème intertrigo du siège fait son apparition vers le 13 février ; 2 ou 3 jours plus tard, il s'étend rapidement vers l'abdomen, la totalité de la face postérieure des membres inférieurs, les lombes, en même temps qu'apparaissent de petits placards rouges disséminés sur le front et les joues, de dimensions variables.

Le 20 février, l'éruption s'étend sur la face et le cuir chevelu ; les éléments y sont maintenant confluents, il en apparaît de nouveaux sur le tronc (qui confluent sur certains points les jours suivants) puis sur les membres inférieurs : il y a donc un érythème uniforme de la face, du cuir chevelu et d'une partie du tronc et des placards disséminés en grand nombre sur les membres.

Au début de mars, l'éruption, qui ne s'est pas plus étendue, pâlit un peu et commence à desquamier par larges lamelles sur toute son étendue ; il existe un intertrigo axillaire et un intertrigo cervical ; l'érythème du siège est encore intense et très étendu.

Cette desquamation dure une vingtaine de jours sur le tronc et les membres, laissant à sa suite, sous forme de taches très légèrement pigmentées, la trace des éléments d'érythrodermie desquamative ; la partie

supérieure du cuir chevelu est à ce moment (22 mars) encore un peu rouge et desquame peu ; il existe une séborrhée très minime à ce niveau ; la desquamation continue, assez importante sur le front et la face. Il existe de l'intertrigo rétro-auriculaire et axillaire bilatéral, celui du cou a disparu. L'érythème fessier a beaucoup rétrocedé et pâli, mais il existe encore des fissures dans les plis des cuisses.

Le 1^{er} avril, la desquamation a disparu, sauf tout au sommet de la tête où il n'y a plus de séborrhée ; il y a encore de l'intertrigo rétro-auriculaire bilatéral et axillaire bilatéral, un léger intertrigo cervical gauche, réapparu ces jours-ci ; l'érythème du siège est très amélioré.

Il ne persiste plus, au départ de l'enfant, qu'un léger intertrigo des plis inguinaux sans érythème fessier.

La croissance de l'enfant a été normale jusqu'au 10 février (3 kg. 850 à 7 semaines), puis le poids est resté stationnaire avec des oscillations pendant une dizaine de jours, a augmenté ensuite lentement et irrégulièrement jusqu'au 13 février ; il est resté alors stationnaire avec quelques oscillations pendant 2 mois (4 kg. 200 le 13 février — 4 kg. 300 le 18 avril) pour reprendre une progression assez normale jusqu'au départ de l'enfant (4 kg. 700 le 7 mai à 5 mois et demi passés) à la suite d'injections de sulfarsénol (en tout 9 cg.).

L'enfant a eu, au début de son séjour, un abcès de la malléole interne gauche avec gros œdème du pied, qui a nécessité plusieurs injections de propidon et une incision.

Un coryza prolongé a existé depuis l'arrivée à Antony jusqu'au milieu de mars (3 mois) ; il a même persisté atténué plus tard.

Une otite gauche est survenue le 23 février ; l'oreille droite a été douloureuse les jours suivants avec température subfébrile. L'une et l'autre otite ont disparu rapidement.

Enfin un adéno-phlegmon inguino-crural profond est survenu au début d'avril ; à la suite de plusieurs injections de propidon, il a été incisé le 13, mais une tuméfaction a persisté assez longtemps, retardant le départ de l'enfant.

La température n'a été élevée qu'au moment de l'abcès du pied, au moment des otites et au moment de l'adéno-phlegmon.

L'enfant a sorti sa première dent le 26 avril, un peu après 5 mois. Sa prématuration et sa débilité congénitale, jointes à l'existence d'un coryza prolongé, ont fait soupçonner la possibilité d'une syphilis congénitale, dont il n'existait pas d'autre stigmaté.

L'hypotrophie importante de cette enfant, dont le poids était resté stationnaire pendant 2 mois après le début de l'érythrodermie, et la possibilité d'une syphilis congénitale ont fait envoyer l'enfant dans le service des débiles et hérédosyphilitiques ; elle était alors en très bon état au point de vue cutané.

OBS. XII. — Jeanine K...

Née le 22 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 6 semaines environ à l'âge de 3 mois 25 jours (4 février-14 avril 1933).

Aucun renseignement n'a été fourni lors de l'abandon de l'enfant, si ce n'est qu'il s'agit d'une enfant jumelle (l'autre enfant étant également du sexe féminin). L'abandon a lieu à l'âge de 1 mois ; l'enfant pèse alors 3 kg. 050 et mesure 50 cm. ; elle est donc certainement prématurée et sans doute débile congénitale. On envoie l'enfant à Antony présentant une petite hernie ombilicale et un érythème intertrigo du siège. Elle pèse à ce moment 3 kg. 650.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 2 biberons de lait de femme et 5 de lait condensé ; celui-ci devient, quelques jours plus tard, l'aliment exclusif. A partir du 15 février surviennent des selles muco-glaireuses, puis des selles glaireuses qui persisteront ensuite sans être très fréquentes, jusqu'à la fin ou presque du séjour de l'enfant dans le service. Ces troubles intestinaux prolongés nécessitent la reprise de l'alimentation mixte lait de femme-lait condensé, puis lait de femme-babeurre, puis lait de femme seul. Le lait condensé n'est repris qu'à partir du 22 mars, mais en association, jusqu'au départ de l'enfant, avec du lait de femme.

L'érythème intertrigo du siège, noté à l'arrivée, avait quelque peu rétrocedé lorsque très rapidement, le 23 février, il s'étend jusqu'aux talons et à la région pubienne et s'accompagne d'une éruption rouge uniforme localisée à la face pendant quelques jours puis rapidement généralisée à l'ensemble des téguments le 27 février.

Vers le 12 ou 13 mars, l'érythrodermie commence à desquamer d'abord finement tout en pâlisant, puis par lambeaux plus gros quoique encore assez fins. Il existe à ce moment un minimum de croûtes séborrhéiques sur le cuir chevelu, de l'intertrigo auriculaire, cervical, axillaire et fessier. L'érythème du siège, toujours étendu et les intertrigos se continuent insensiblement avec l'érythrodermie.

Le 1^{er} avril, l'érythrodermie a à peu près disparu ; il persiste encore une desquamation fine sur le tronc ; la séborrhée persiste, peu épaisse, sur la moitié antérieure de la partie supérieure du crâne ; il existe un léger intertrigo rétro-auriculaire et axillaire bilatéral ; l'érythème du siège régresse et pâlit.

Le 6 avril, la séborrhée diminue, l'érythème fessier est localisé au voisinage de l'anus, le tronc desquame encore un peu. Les intertrigos persistent au cou, aux oreilles, aux aisselles.

Le 13 avril, l'érythème du siège reste minime, la séborrhée est presque disparue ; il y a encore un léger intertrigo sus-auriculaire bilatéral et axillaire droit.

La croissance de l'enfant, normale jusqu'au 17 février (3 kg. 850) a été nulle et même en décroissance jusqu'au 21 mars (3 kg. 380). Elle a repris alors jusqu'au départ de l'enfant à 3 mois 25 jours : 3 kg. 970.

Une otite droite est survenue le 23 mars, elle a duré une dizaine de

jours, puis a repris le 13 avril au départ de l'enfant, à la suite d'une période fébrile d'une dizaine de jours pendant laquelle l'enfant a toussé ~~sans~~ avoir de bronchite.

La température n'a été élevée que pendant la période indiquée ci-dessus.

Il n'a été noté aucun symptôme particulier.

L'hypotrophie considérable de cette enfant et son histoire auriculaire l'ont fait envoyer, le 14 avril 1933, dans le service des débiles où elle a poussé normalement par la suite.

Des examens bactériologiques ont pu être pratiqués par le docteur Donato. Les selles, à réaction acide, ont montré une flore à prédominance gram positif, avec 50 % de cocci, parmi lesquels l'entérocoque prédomine nettement. Des squames ont montré une prédominance de l'entérocoque dans la proportion de 42 %. On a noté de rares bacilles du type coli.

On a noté 40 % de bacilles du groupe coli-aérogènes.

*
**

OBS. XIII. — Mauricette G...

Née le 14 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 6 semaines à l'âge de 4 mois 25 jours (30 janvier-7 mai 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme pesant 2 kg. 700 et aurait été nourrie au sein jusqu'à son abandon.

Celui-ci a lieu à l'âge de 28 jours ; l'enfant pèse alors 2 kg. 900 et mesure 51 cm. ; peut-être est-ce une débile congénitale.

On l'envoie à Antony à l'âge de 6 semaines ; elle pèse alors 3 kg. 730 et ne présente rien de particulier.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 2 biberons de lait de femme et 5 de lait condensé ; celui-ci devient, dès le 4 février, l'aliment exclusif.

L'adaptation au lait ordinaire, commencée le 22 février, doit être interrompue et l'enfant mise au régime mixte babeurre-lait condensé à partir du 4 mars en raison de troubles gastro-intestinaux apparus depuis le 1^{er} : vomissements, selles muco-grumeleuses fréquentes, chute de poids. Des selles anormales persistent jusqu'au 6 avril, mais moins fréquentes malgré un régime mixte lait de femme-babeurre institué à partir du 16 mars.

Le lait condensé est repris très progressivement, le babeurre n'est supprimé que le 22 avril et l'enfant reste presque jusqu'à son départ au lait de femme et au lait condensé, sans que surviennent à nouveau des troubles digestifs.

Un érythème intertrigo du siège apparaît sans raison le 20 février ; il reste limité quelques jours, puis presque subitement, le 28 février, avant qu'il n'y ait eu de troubles gastro-intestinaux, il s'étend jusqu'à la région sus-pubienne, aux lombes et aux talons tandis qu'apparaît un érythème uniforme absolument généralisé à l'ensemble des téguments, de couleur à

peine moins vive que celle de l'érythème du siège. La peau est sèche, squameuse au niveau de cette éruption.

Une fine desquamation commence le 4 mars.

Le 8 mars, la desquamation continue, il apparaît de la séborrhée sur le cuir chevelu, il existe des fissures dans les plis fessiers.

La desquamation devient un peu plus tard une desquamation par larges lambeaux, la peau devenant de couleur plus pâle ; il n'y a pas à ce moment d'intertrigo (3 mars) ; l'érythème du siège et la séborrhée ne sont pas modifiés.

Le 27 mars, le tronc est presque normal, le cuir chevelu desquame par grands lambeaux en dehors de la séborrhée qui augmente nettement le 30 mars, pour former bientôt une véritable calotte de toute la partie antéro-supérieure du crâne ; elle se détache presque en entier au début d'avril ; l'érythrodermie a alors disparu. C'est à ce moment qu'apparaît de l'intertrigo sus-auriculaire bilatéral, cervical surtout en arrière et à droite ; l'érythème du siège est toujours très étendu et de couleur rouge violacé.

Le 20 avril, il ne persiste plus qu'une légère séborrhée qui diminue et disparaît les jours suivants ; les intertrigos disparaissent aussi et il ne reste plus qu'un érythème du siège beaucoup plus limité, quoique encore étendu, et moins rouge au départ de l'enfant.

La croissance, normale jusqu'au 24 février (4 kg. 280), a été arrêtée dès l'apparition des lésions cutanées et des troubles digestifs, le poids a alors diminué à 3 kg. 680 le 4 avril. Sous l'action d'une cure d'insuline et de sulfarsénol associés, le poids augmente à partir du 7 avril pour atteindre 4 kg. 070 le 15, rester stationnaire pendant une semaine et augmenter à nouveau jusqu'au départ de l'enfant (4 kg. 420 à 4 mois et demi passés).

Une otite gauche est apparue le 26 février accompagnée à partir du 18 mars d'une otite droite ; par la suite sont survenus à plusieurs reprises des arrêts de l'écoulement de l'une ou l'autre oreille ou des deux avec accès fébriles et nécessité de paracentèse. Il n'y avait plus d'otite depuis quelques jours au départ de l'enfant.

L'enfant a toussé et a eu de la bronchite avec fièvre à partir des premiers jours de mars ; elles ont persisté et une broncho-pneumonie double a évolué à partir du 6 jusqu'au 11 mars ; la fièvre a persisté du fait de l'otite droite qui devait apparaître le 18. Après 2 ou 3 jours d'apyrexie, la fièvre a repris, très élevée du 24 au 27, puis irrégulière aux environs de 38° jusqu'au 28 avril sans qu'on ait pu trouver d'autre cause à cette fièvre que l'infection auriculaire.

La température a été très longtemps élevée.

Des abcès sont survenus au niveau de la nuque, de la cuisse et de l'épaule droite dans les 15 derniers jours du séjour. L'enfant a sorti ses deux premières dents à 4 mois et demi, les 28 et 30 avril ; la température est devenue normale à partir de ce moment.

L'enfant, en raison de son hypotrophie importante et de sa longue histoire fébrile et auriculaire, a été envoyée au service des débiles.

Des examens bactériologiques ont pu être pratiqués le 15 mars 1933 par le docteur Donato.

L'examen des selles, à réaction légèrement acide, a montré une flore générale assez homogène à légère prédominance gram positif, avec 40 % d'entérocoques, 35 % de bacilles du groupe coli-aérogènes et le reste composé des groupes entérocoques, streptocoques, staphylocoques. L'examen des squames a montré une flore à prédominance gram positif, avec 45 % d'entérocoques et de rares bacilles du type coli ; on a noté du micrococcus épidermitis albus, bacterium cutis commune, streptocoques, staphylocoques, bacillus subtilis.

**

OBS. XIV. — Renée L...

Née le 27 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 6 semaines environ à l'âge de 4 mois (10 février-27 avril 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme pesant 4 kg. 500 et aurait été alimentée jusqu'à son abandon avec du lait condensé.

L'abandon a eu lieu à l'Hospice à l'âge de 2 jours ; l'enfant pèse alors 3 kg. 800 et mesure 51 cm.

On l'envoie à Antony à 6 semaines ; elle pèse alors 4 kg. 300, présente un léger craniotabès pariétal supérieur droit et un érythème intertrigo du siège.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec du babeurre qui est rapidement remplacé par du lait condensé (26 février), puis l'adaptation au lait ordinaire a lieu du 1^{er} au 18 mars ; une ou deux selles mucogruemeuses se produisent ainsi que deux selles de dyspepsie du lait de vache.

Il n'y a aucun trouble digestif après le 20 mars.

C'est au début de mars, peu après 2 mois que l'érythème du siège qui existait à l'arrivée et avait persisté sans grandes modifications, s'étend rapidement vers l'abdomen, les lombes et la presque totalité de la face postérieure des membres inférieurs ; en même temps apparaissent des éléments érythémateux, de couleur rouge assez pâle, de dimensions diverses, sur la face, le cou, le tronc et les membres supérieurs. Il se précise également de l'intertrigo cervical, auriculaire et axillaire ; quelques jours plus tard apparaît de la séborrhée du cuir chevelu et du front, relativement importante, avec peau rouge dans le voisinage.

Le 20 mars, l'érythrodermie est plus accentuée et confluyente, elle desquame un peu et intéresse les joues, la paroi abdominale antérieure en totalité ; des éléments séparés existent sur le dos où l'érythème du siège remonte haut. Celui-ci atteint en bas les mollets ; il existe de l'intertrigo au niveau des plis des chevilles qui sont fissurés ; il en existe également au cou, aux oreilles, aux aisselles. La séborrhée persiste sur le cuir chevelu et la moitié inférieure du front au voisinage des sourcils, la moitié supérieure étant maintenant normale.

Le 29 mars, la séborrhée a presque disparu sur le front ; elle est sèche, fendillée sur le cuir chevelu ; l'érythème fessier a tendance à pâlir et à diminuer d'étendue, en particulier dans la région lombaire. Les différentes localisations de l'intertrigo persistent. L'érythrodermie a desquamé finement et a à peu près disparu.

Le 7 avril, la séborrhée se détache sous forme de lamelles sèches à la partie postérieure du crâne ; il existe quelques croûtes grasses à la partie antérieure ; l'érythème du siège continue à s'atténuer ; il persiste encore de l'intertrigo du cou (peu marqué), des oreilles (très peu important) et des aisselles (plus accentué).

Le 19, le crâne est à peu près normal, l'érythème du siège est au minimum, il existe encore un peu d'intertrigo sus-auriculaire droit, cervical, axillaire droit. Le 25 avril, il ne persiste plus que ces minimes intertrigos.

La croissance de l'enfant a été normale jusqu'au 28 février (4 kg. 810), puis le poids est resté stationnaire, avec oscillations et tendance à baisser jusqu'au 21 mars (4 kg. 730). Puis la croissance a repris normalement jusqu'au départ de l'enfant (5 kg. 450 en 4 mois).

Une olíte droite est survenue le 28 février ; elle a persisté jusqu'au début d'avril.

La température a été constamment normale.

Le foie et la rate ont été trouvés légèrement augmentés de volume au départ.

L'enfant a été envoyée en agence en bon état général et cutané.

Des examens bactériologiques ont pu être faits par le docteur Donato le 22 mars 1933.

L'examen des selles a donné une réaction acide, avec une flore homogène, gram positif avec prédominance de l'entérocoque dans la proportion de 81 %. On a noté 11 % du bacille type coli-aérogènes.

L'examen des squames de séborrhée a montré une flore banale avec prédominance de l'entérocoque dans la proportion de 84 %. On a noté le microbacille de la séborrhée (7 %). Il n'y avait pas de bacilles du type coli.

*
**

OBS. XV. — Jacqueline V...

Née le 20 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de 4 mois (20 janvier-22 avril 1933).

Aucun renseignement n'a été fourni lors de l'abandon de l'enfant à l'Hospice qui a eu lieu le lendemain de sa naissance. A ce moment, elle pesait 2 kg. 800 et mesurait 48 cm. ; il s'agissait donc d'une enfant prématurée et débile. Elle présentait alors une érythrodermie et un début d'ictère physiologique.

L'enfant est envoyée à Antony à l'âge de 1 mois ; elle pèse alors 3 kg. 300 et présente un érythème intertrigo du siège.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 2 biberons de lait de femme, 2 de babeurre et 3 de lait condensé ; le lait de femme, puis le babeurre sont successivement supprimés et le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 8 février. Quelques vomissements se produisent de temps à autre dès le début du séjour et continuent après le 8 février. L'adaptation au lait ordinaire commence le 25 février pour se terminer le 13 mars ; quelques selles légèrement ou complètement décolorées se produisent vers ce moment, puis le 20 mars, puis le 26 et le 28. Il n'y a plus de troubles digestifs ensuite.

L'érythème du siège noté à l'arrivée persiste sans modifications appréciables pendant plusieurs semaines, lorsque très rapidement, vers le 1^{er} mars, il s'étend vers la région pubienne en haut et à la totalité de la face postérieure des membres inférieurs qui sont rouge écarlate. Le 10 mars, cet érythème est plutôt atténué, moins rouge lorsqu'apparaît une éruption rouge étendue sur le cuir chevelu en totalité, la face et le cou, beaucoup plus pâle et d'aspect squameux sur le tronc en avant et en arrière. Les jours suivants, elle s'étend à la partie inférieure de l'abdomen, au dos, et à la face externe des membres inférieurs ; elle est ainsi à peu près généralisée, les membres supérieurs seuls étant indemnes au-dessous les épaules.

Le 22 mars, il existe une séborrhée étendue et importante du cuir chevelu, l'érythème fessier est toujours aussi étendu, l'érythrodermie s'atténue après avoir desquamé sur les régions atteintes en premier lieu. Il persiste et desquame au niveau des zones atteintes secondairement, desquamant par lambeaux assez larges. Il existe de l'intertrigo des paupières supérieures et inférieures, des oreilles, du cou, surtout en avant des aisselles ; on note des fissures dans les plis des membres inférieurs, notamment des chevilles.

Le 1^{er} avril, la séborrhée tend à s'améliorer, à sécher, mais il en est apparu un peu sur les sourcils ; l'érythrodermie termine sa desquamation ; l'érythème fessier, l'intertrigo du cou, des oreilles et des aisselles persistent. Celui des paupières a disparu.

Le 6 avril, la séborrhée tend à disparaître, mais la peau reste rouge et rugueuse ; l'érythème du siège s'atténue et tend à se limiter, les intertrigos ne sont pas modifiés.

Quelques jours plus tard, l'érythème est très limité et à peine rouge ; il persiste encore de l'intertrigo peu important au niveau des oreilles, du cou, surtout à droite, et des aisselles.

La croissance de l'enfant a été normale jusqu'au 3 mars (4 kg. 400) puis le poids est resté stationnaire avec quelques oscillations jusqu'au 16 ; il a alors augmenté très lentement jusqu'au 4 avril (4 kg. 650) pour rester stationnaire à nouveau jusqu'au départ de l'enfant.

Un coryza et une otite gauche sont survenus dès l'arrivée de l'enfant ; l'otite a persisté jusque vers le 10 mars, l'occlusion nasale n'a pas disparu.

L'enfant a eu de la bronchite à partir du 7 avril, puis une rhinopharyngite avec fièvre élevée à partir du 15 avril qui s'est terminée le 22 avril par une broncho-pneumonie gauche rapidement mortelle.

La température n'a été élevée qu'en raison de la bronchite, puis de la rhino-pharyngite et de la broncho-pneumonie indiquées ci-dessus.

Il n'a été trouvé aucun symptôme particulier.

L'enfant est décédée d'une broncho-pneumonie à 4 mois, alors qu'elle était à peu près complètement guérie du syndrome cutané qu'elle avait présenté en mars et au début d'avril 1933.

Des examens bactériologiques ont pu être pratiqués le 26 mars 1933 par le docteur Donato. L'examen des selles, à réaction acide, a montré une flore prédominante homogène gram positif, avec prédominance d'entérocoques dans la proportion de 76 %. L'examen de pus d'otite à l'examen direct et dans les cultures a montré une flore gram positif avec prédominance de l'entérocoque dans la proportion de 62 %.

L'examen des squames épidermiques a également montré la prédominance de l'entérocoque dans la proportion de 82 %. On n'a pas noté de colibacilles. On a noté 7 % de bacilles du type coli-aérogènes.

*
**

OBS. XVI. — Nicole P...

Née le 25 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 6 semaines à l'âge de 5 mois (10 février-26 mai 1933).

Aucun renseignement n'a été fourni lors de l'abandon de l'enfant à l'Hospice, qui a eu lieu à l'âge de 11 jours ; elle pesait alors 3 kg. 300 et mesurait 51 cm.

On l'envoie à Antony à l'âge de 6 semaines, elle pèse alors 4 kg. 100, présente de l'occlusion rétro-nasale et un érythème intertrigo du siège.

Alimentée à l'arrivée à Antony presque exclusivement avec du babeurre et 1 biberon de lait de femme, le lait condensé devient bientôt l'aliment exclusif (27 février). L'adaptation au lait ordinaire commence le 1^{er} mars pour se terminer sans incident le 18 ; aucun trouble digestif n'est noté jusqu'au 14 mai où surviennent pendant 5 à 6 jours des selles de dyspepsie de lait de vache ayant entraîné une alimentation mixte transitoire avec du babeurre.

L'érythème intertrigo du siège noté à l'arrivée s'étend assez rapidement vers les premiers jours de mars, atteignant en bas les talons, en haut la région pubienne ; en même temps apparaissent les éléments érythémateux séparés sur les joues, le front, le menton ; ce sont de simples macules à peine saillantes et assez pâles.

Le 8 mars, ces éléments deviennent rouge intense, s'étendent tandis qu'il apparaît un érythème sur le cuir chevelu. Le 12, nouvelle poussée d'érythrodermie qui atteint alors la totalité des téguments non envahis par l'érythème du siège ; le cuir chevelu se recouvre d'une séborrhée abondante ainsi que les sourcils et les paupières.

L'érythrodermie commence à desquamer en entier les jours suivants; la desquamation est fine. Il existe de l'intertrigo des commissures labiales, du cou, des oreilles, des aisselles; le 20 mars l'érythème du siège a une peau fine et plissée.

Vers le 25, on note une amélioration de l'ensemble des lésions, moins rouge et desquamant moins.

Le 29, la séborrhée disparaît sur le cuir chevelu, mais persiste abondante sur les sourcils et les paupières, l'ensemble des téguments desquame finement, paraissant devoir se terminer sous peu sur le tronc en avant et en arrière; les intertrigos persistent.

Le 7 avril, le tronc est normal ainsi que le cuir chevelu; la séborrhée est atténuée sur les sourcils; l'érythème du siège est encore très étendu avec érosions dans les plis; il y a toujours des intertrigos variés.

Le 19, il persiste seulement un intertrigo cervical circulaire et rétro-auriculaire bilatéral surtout marqué à droite; les aisselles sont à peu près indemnes; l'érythème du siège est peu étendu mais il existe à ce niveau quelques petites pyodermites toutes superficielles. Les intertrigos disparaissent alors rapidement.

La croissance de l'enfant a été normale jusqu'au 28 février (4 kg. 410), puis le poids est resté rigoureusement stationnaire pendant 6 semaines (4 kg. 470 le 9 avril), pour augmenter alors à la suite d'injections d'insuline (2 à 6 unités par jour), puis sulfarsénol (en tout 7 cg.). Le poids atteint 4 kg. 970 le 2 mai, puis reste stationnaire à nouveau jusqu'au départ de l'enfant (5 kg. 080 à 5 mois).

Une otite droite est survenue dès l'arrivée de l'enfant le 12 février; elle a persisté par la suite, s'accompagnant d'une otite gauche à partir du 29 mars. A la fin du séjour, l'une ou l'autre oreille a cessé de couler, chacune à son tour, nécessitant des paracentèses et provoquant une température irrégulière avec arrêt de la croissance. L'oreille droite coulait encore au départ de l'enfant.

La température n'a été élevée qu'en raison des otites successives.

Aucun signe particulier n'a été noté.

L'enfant a été envoyée en agence en parfait état cutané, mais hypotrophique et porteuse d'une otite droite ancienne.

Les examens bactériologiques ont pu être pratiqués le 15 mars 1933 par le docteur Donato. L'examen des selles a donné une réaction acide, avec une flore microbienne gram négatif dans la proportion de 50 % du type coli-aérogènes, 25 % de bactéries protéolytiques et 25 % de cocci gram positif, parmi lesquels l'entérocoque semblait prédominer.

Des squames, à l'examen direct et après culture, ont montré une flore microbienne gram positif avec prédominance de l'entérocoque dans la proportion de 46 %. On a noté de rares bacilles du type coli. Le reste était du micrococcus epidermitis albus, bacterium cutis commune, streptocoque, staphylocoque et morocoque.

OBS. XVII. — Elise C...

Née le 1^{er} janvier 1933, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de 3 mois 23 jours (2 février-23 avril 1933). Voir Obs. XLVII.

Il s'agit d'une enfant jumelle, les deux enfants étant du même sexe ; elle serait née à 8 mois pesant 2 kg. 580 et aurait été nourrie, jusqu'à son abandon, par sa mère.

L'abandon a lieu à l'âge de 17 jours ; l'enfant pèse à ce moment 2 kg. 700, mesure 47 cm. et demi et présente une mammite bilatérale. Il s'agit donc d'une jumelle prématurée et débile.

On l'envoie à Antony à 1 mois ; elle pèse alors 3 kg. 060, présente un ramollissement uniforme des bords de la suture longitudinale et une légère occlusion nasale.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 3 biberons de lait de femme et 4 de babeurre ; le lait condensé est commencé le 15 février, quelques selles muco-grumeleuses et un vomissement surviennent les jours suivants ; l'adaptation au lait condensé ne continue pas moins ; elle se termine le 27 février. L'enfant reste dès lors au lait condensé jusqu'à son départ sans présenter à nouveau des troubles digestifs.

Un érythème intertrigo du siège peu étendu est apparu lors des troubles digestifs du 15 février ; il persiste par la suite, en ayant tendance à s'atténuer, mais le 16 mars il s'étend rapidement jusqu'aux creux poplités et à la région pubienne, en même temps qu'il devient rouge intense et qu'apparaît une calotte importante de séborrhée suintante sur la presque totalité du cuir chevelu avec intertrigo sus-auriculaire gauche.

Les jours suivants, il apparaît dans le dos, au voisinage de la limite supérieure de l'érythème du siège plusieurs petits placards de parakératose psoriasiforme, qui sera la seule manifestation de l'érythrodermie de cette enfant.

Le 20 mars, la séborrhée persiste sur le cuir chevelu, elle a envahi les sourcils ; il existe de l'intertrigo cervical droit et sus-auriculaire gauche ; l'érythème du siège ne s'est pas modifié, non plus que les placards de parakératose.

Le 24, la séborrhée envahit le pavillon de l'oreille gauche.

Le 29 mars, l'érythème du siège et les placards parakératosiques ne sont pas modifiés, l'intertrigo cervical est devenu bilatéral, de même que l'intertrigo auriculaire. La séborrhée est toujours suintante à la partie postérieure du crâne, elle est devenue plus sèche et commence à desquamer à la partie antérieure.

Le 7 avril, l'ensemble des lésions commence à s'atténuer.

Le 19 avril, le crâne est à peu près normal, présentant encore des traces de desquamation ; il existe de l'intertrigo cervical droit et rétro-auriculaire bilatéral ; l'érythème fessier est peu étendu, pâle et sec ; la parakératose a disparu.

La croissance de l'enfant, normale jusqu'au 10 février (3 kg. 350) est

stationnaire une semaine au moment des troubles digestifs signalés ci-dessus, reprend jusqu'au 24 février (3 kg. 500), s'arrête quatre jours, reprend jusqu'au 7 mars (3 kg. 700) et dès lors reste nulle jusqu'au 13 avril (3 kg. 800) avec quelques oscillations de faible amplitude; la croissance reprend alors jusqu'au départ de l'enfant (4 kg. 060 à 3 mois et demi passés).

L'enfant a constamment eu de l'occlusion nasale pendant son séjour avec, à certains moments, un peu de bronchite et, à plusieurs reprises, de la fièvre en rapport avec une otite catarrhale de l'un ou de l'autre côté; il n'a pas été fait de paracentèse.

La température a été normale en dehors des périodes indiquées ci-dessus.

Il a été noté l'existence d'une petite hernie ombilicale et d'une rate perceptible.

L'hypotrophie considérable de l'enfant, son coryza chronique, sa rate perceptible, sa gemellité l'ont fait considérer comme très suspecte de syphilis congénitale et elle a été envoyée, comme sa sœur jumelle, et un peu plus tard qu'elle, dans le service des nourrissons débiles et hérédosyphilitiques.

Des examens bactériologiques ont pu être pratiqués le 2 avril 1933 par le docteur Donato.

Les selles prélevées avaient une réaction acide et contenaient une flore homogène à prédominance gram positif, avec de l'entérocoque dans la proportion de 84 %. On a noté de rares sarcines et la présence de levures. On a noté aussi des bacilles du type coli-aérogènes (8 %). L'examen des squames a montré de l'entérocoque dans la proportion de 78 %. On a noté des microbacilles de la séborrhée (8 %).

*
**

OBS. XVIII. — Jacqueline G...

Née le 29 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 5 semaines à l'âge de 4 mois 7 jours (4 février-6 mai 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme pesant 3 kg. 610 et aurait été alimentée avec du babeurre.

L'abandon a lieu le 27 janvier, à 28 jours; l'enfant pèse alors 3 kg. 450, mesure 53 cm.

On l'envoie à Antony à 5 semaines; elle pèse alors 3 kg. 800 et ne présente rien de particulier.

L'enfant à son arrivée à Antony est alimentée avec 5 biberons de lait condensé et 2 de lait de femme; ce dernier est supprimé très rapidement (11 février). Du 15 au 27 février, l'enfant a des selles muco-grumeleuses, parfois des selles liquides et des vomissements; on donne alors une alimentation mixte, babeurre-lait condensé, puis le lait condensé redevient l'aliment exclusif à partir du 8 mars. L'adaptation au lait ordinaire com-

mence le 11 pour se terminer le 27 mars. Des selles de dyspepsie de lait de vache surviennent les jours suivants, puis des selles liquides le 6 avril; on donne du lait coupé d'eau de riz, du benzonaphtol et du sous-nitrate de bismuth; puis on met l'enfant complètement au lait de femme à partir du 9 avril. Les troubles digestifs persistent quelques jours puis disparaissent.

On reprend l'adaptation au lait ordinaire le 19 avril; elle se termine sans incident le 3 mai.

Un érythème intertrigo du siège apparaît au moment des troubles digestifs; il est assez étendu dès le 26 février, intéressant la moitié de la face postéro-interne des cuisses, puis il persiste. Le 22 mars, il s'étend jusqu'au pli inférieur de la paroi abdominale antérieure, jusqu'à la moitié du dos, et jusqu'aux talons, il apparaît en même temps trois petits placards rouges dans le dos, qui commencent aussitôt à desquamer, prenant un aspect psoriasiforme, et d'autres placards sur les joues s'étendant sur le nez et les oreilles; il existe un léger intertrigo rétro-auriculaire droit et axillaire droit. Les placards érythémateux de la face disparaissent en 24 heures; les autres lésions persistent; il apparaît à ce moment une très minime séborrhée de la partie du cuir chevelu (au sommet du crâne).

Le 1^{er} avril, l'érythème est un peu moins étendu sur l'abdomen, le dos et les jambes, mais il est extrêmement intense sur le siège; les placards desquamants du dos s'atténuent; la séborrhée reste minime; il existe un intertrigo axillaire droit minime et rétro-auriculaire bilatéral plus accentué. L'érythème fessier continue à régresser malgré les troubles digestifs du début d'avril; le 20 avril, il est très peu étendu et très atténué, la séborrhée n'a pas encore disparu, il existe de l'intertrigo sus-auriculaire bilatéral, surtout à droite.

Les téguments sont normaux quelques jours plus tard.

La croissance a été notablement perturbée pendant le séjour et, dans l'ensemble, insuffisante; normale jusqu'au 17 février (4 kg. 300), elle a été arrêtée par les troubles digestifs de ce moment: le poids diminue à 4 kg. 070 le 21 et reste stationnaire quelques jours puis augmente régulièrement jusqu'au 24 mars (4 kg. 730); il reste alors stationnaire jusqu'au 3 avril, puis descend à 4 kg. 400 le 9 (troubles digestifs) pour reprendre ensuite une ascension régulière jusqu'au départ de l'enfant (5 kg. 200 à 4 mois passés), sous l'influence de quelques injections de sulfarsénol.

Une otite gauche est survenue le 3 mars, puis une otite double le 14; il est survenu par la suite des alternatives d'écoulement et de guérison, surtout du côté droit et il n'y avait plus d'otite au départ de l'enfant.

L'enfant a eu une rhino-bronchite légère le 1^{er} mars et les jours suivants elle a eu à plusieurs reprises du coryza.

La température a été élevée lors de la rhino-bronchite, des poussées d'otite et de rhino-pharyngite.

Aucun symptôme particulier n'a été noté.

L'enfant a pu être envoyée à la campagne, malgré son hypotrophie, en raison de son bon état général et cutané.

Groupe II (20 observations)

Association d'érythème intertrigo extensif et persistant du siège avec la séborrhée cranio-faciale et l'intertrigo de divers plis cutanés.

Obs. XIX. — Fernande S...

Née le 1^{er} octobre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 5 semaines à l'âge de 4 mois passés (7 novembre au 6 février 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme pesant 2 kg. 910 et aurait été nourrie au sein jusqu'au moment de son abandon ; la mère ayant eu dans le passé une lésion pulmonaire, l'enfant a eu du B.C.G.

Elle est abandonnée à l'Hospice à l'âge de 11 jours ; elle pèse alors 3 kg. et mesure 49 cm., ce qui semble indiquer une prématurité légère. On constate l'existence d'une conjonctivite purulente bilatérale et un léger érythème intertrigo du siège.

A l'arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 5 biberons de lait condensé et 2 biberons de lait de femme ; ceux-ci sont supprimés très rapidement et le lait condensé devient l'aliment exclusif. Vers le 17 novembre surviennent quelques regurgitations qui persistent les jours suivants, mais s'atténuent avec la prescription du gardénal.

L'adaptation au lait ordinaire débute le 7 décembre et se poursuit sans incident pour être terminée le 24 décembre 1932. Le seul trouble digestif noté par la suite est l'existence vers le 18 janvier de quelques selles décolorées de dyspepsie du lait de vache sans lendemain.

Le léger érythème intertrigo du siège qui existait à l'arrivée a persisté pendant toute la durée du séjour de l'enfant ; il est resté stationnaire jusqu'au 8 décembre, date à laquelle il a pris une certaine extension vers les plis inguinaux et la face postérieure des cuisses tout en devenant plus intense ; il ne s'est guère modifié ensuite, s'étant cependant limité et ayant pâli à la fin du séjour de l'enfant. Mais il s'est accompagné subitement à partir du 8 décembre, date de son extension, de placards rouges sur les joues, assez disséminés, rugueux au toucher, et rappelant un début d'eczéma de la face, et en outre de croûtes séborrhéiques du cuir chevelu réparties sur la partie antéro-supérieure du crâne.

Les rougeurs du visage se sont atténuées et ont disparu en une huitaine de jours sans avoir présenté de desquamation, mais la séborrhée du cuir chevelu a persisté plusieurs semaines, formée de croûtes gris brun, nettement séparées les unes des autres, avec rougeur légère du cuir chevelu avoisinant.

Au début de janvier sont apparus de l'intertrigo du cou et un léger intertrigo axillaire bilatéral, qui ont été passagers, puis l'érythème du siège et la séborrhée du cuir chevelu ont l'un et l'autre diminué d'étendue et d'importance sans toutefois avoir disparu au départ de l'enfant.

Les traitements locaux ont consisté en applications de pâte à l'eau ou de pommade à l'ichtyol sur l'intertrigo et de glycérine d'amidon boraté sur la séborrhée; un traitement par l'extraît thyroïdien a été fait à 2 reprises : du 9 au 26 novembre, 1 à 5 mg. par jour ; du 13 au 27 janvier 2 à 4 mg. par jour, sans avoir d'action sur les lésions cutanées.

La croissance de l'enfant a été très régulière et suffisante pendant les trois premières semaines du séjour de l'enfant, puis tout en étant régulière elle a beaucoup diminué au moment de l'apparition des lésions cutanées du cuir chevelu et de la face, qui a coïncidé avec le début d'adaptation au lait ordinaire. Enfin, elle est devenue presque nulle, l'enfant qui pesait, 4 kg. 850 le 20 décembre, pesant 4 kg. 950 le 6 janvier et 5 kilos le 17 janvier; au départ, à quatre mois passés, le poids n'était que de 5 kg. 250 (le 4 février 1933). Quelques injections stimulantes de sulfarsénol (en tout 7 cg.) faites au début de janvier n'ont pas amélioré la croissance.

Aucune infection concomitante n'a été notée.

La température de l'enfant a toujours été normale.

Une petite hernie inguinale droite passagère a été notée vers le 14 novembre; un très léger craniotabès pariéto-occipital droit est apparu peu avant le départ de l'enfant. La cuti-réaction a été négative à 4 mois le 1^{er} février 1933.

L'enfant, malgré son hypotrophie relative, la persistance de son érythème du siège et de la séborrhée du cuir chevelu, d'ailleurs en voie d'amélioration a pu être envoyée en agence étant donné son bon état général.

*
**

OBS. XX. — Jean R...

Né le 29 septembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 5 semaines à l'âge de presque 4 mois et demi (7 novembre au 10 février 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à terme pesant 3 kg. 700; on ignore tout de ses antécédents et de son mode d'alimentation jusqu'à son abandon à l'Hospice qui a d'ailleurs lieu à l'âge de 1 jour.

Il pèse alors 3 kg. 100 et mesure 51 cm. ; le cordon n'est pas tombé ; il existe un léger ictère physiologique. On donne du B.C.G. L'enfant est envoyé à Antony à l'âge de 5 semaines ; il pèse alors 3 kg. 960 et présente un érythème intertrigo du siège et du scrotum.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec 3 biberons de lait de femme et 4 biberons de babeurre; on lui donne aussitôt du lait condensé; le lait de femme, puis le babeurre sont supprimés en une quinzaine de jours malgré l'existence pendant toute cette période de selles muco-grumeleuses et de quelques régurgitations sans la moindre influence sur la croissance.

Le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 25 novembre et l'adaptation au lait ordinaire commence le 7 décembre pour se terminer sans le moindre incident digestif le 24 décembre; l'enfant reste ensuite au lait ordinaire jusqu'à son départ, présentant seulement à 2 ou 3 reprises

des selles muco-grumeleuses peu fréquentes. Les légers troubles digestifs notés pendant le séjour de l'enfant ont été minimes et n'ont pas nécessité de traitement particulier.

L'érythème intertrigo fessier et scrotal qui existait à l'arrivée de l'enfant a persisté pendant tout le séjour à Antony, mais il a présenté à partir du 8 décembre (presque 2 mois 1/2) une extension subite et une grande intensité, s'étendant alors aux plis génilo-cruraux et inguinaux et à la face postérieure de la moitié supérieure des cuisses en même temps qu'apparaissaient des placards érythémateux sur les joues, rappelant un début d'eczéma, et des croûtes de séborrhée du cuir chevelu. Ces lésions ont persisté par la suite sans grande modification, puis l'érythème du siège a régressé à la même époque, mais existant encore au niveau de la région péri-anale et du scrotum au départ de l'enfant.

La croissance de l'enfant, très rapide jusqu'au 25 novembre (4 kg. 650), est restée ensuite presque nulle jusqu'au 11 décembre (4 kg. 700), au moment où les lésions de la face et du cuir chevelu apparaissaient. Sous l'influence semble-t-il, de l'extrait thyroïdien, la croissance reprit normalement du 11 au 23 décembre (5 kg. 200) puis après une nouvelle période de croissance irrégulière et insuffisante qui dura jusqu'au 13 janvier (5 kg. 300), le poids augmente de nouveau lorsque l'extrait thyroïdien fut repris et continua à augmenter jusqu'au départ de l'enfant (5 kg. 950 le 10 février).

Une otite droite est survenue sans la moindre élévation thermique le 24 novembre, accompagnée d'une rhino-pharyngite légère ; l'otite et le coryza guérissent très rapidement.

Un abcès péri-anal survient le 4 janvier accompagné de fièvre à 39°. Il fut incisé le 6 janvier et la cicatrisation survient très rapidement ; un petit écoulement de pus précédé d'une légère élévation thermique à 37°8 se produisant à nouveau le 19 janvier, et à plusieurs reprises les 2 semaines suivantes.

La température a été constamment normale en dehors des 2 périodes signalées ci-dessus (abcès de la marge de l'anus).

La vaccination antivariolique pratiquée le 11 janvier 1933 à 3 mois 1/2 a évolué normalement.

L'enfant a pu être envoyé en agence présentant seulement un érythème intertrigo fessier et scrotal d'ailleurs en voie d'amélioration.

OBS. XXI. — Jeannette L...

Née le 11 octobre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de 3 mois 7 jours (14 novembre 1932-19 janvier 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme pesant 2 kg. 500 et aurait été nourrie au sein depuis la naissance jusqu'à son abandon qui a lieu à l'âge de 8 jours.

A ce moment, le 19 octobre, l'enfant pèse 2 kg. 700 et mesure 47 cm.; elle est donc en réalité prématurée débile; on note qu'elle a une grosse rate et un gros foie et que la syphilis congénitale est probable.

On l'envoie néanmoins à Antony le 14 novembre; elle pèse alors 3 kg. 430; l'hépatomégalie et la splénomégalie sont très modérées, il existe du subictère des téguments et un léger érythème du siège du type intertrigo.

A son arrivée, l'enfant est alimentée avec 2 biberons de lait de femme, 3 biberons de babeurre et 2 biberons de lait condensé, le lait de femme, après le babeurre, est supprimé assez rapidement et le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 3 décembre. Des vomissements fréquents surviennent du 15 au 18 décembre, précédés et suivis de périodes où quelques vomissements se produisent de temps à autre; il n'y a jamais eu de selles anormales.

L'adaptation au lait ordinaire débute le 28 décembre à 2 mois 1/2; elle se termine le 16 janvier sans avoir provoqué de troubles digestifs.

L'érythème intertrigo du siège qui existait, peu étendu, à l'arrivée à Antony, a beaucoup augmenté en étendue et en intensité vers le 25 novembre, nécessitant un rinçage des couches et des changes supplémentaires; il avait en ce moment envahi la région vulvaire et pubienne, les plis inguinaux et génito-cruraux, la moitié supérieure de la face postérieure des cuisses; sa couleur était devenue rouge intense uniforme.

Au début de décembre apparaissent des placards rouges, de dimensions variables disséminés sur les joues et le front, d'aspect eczématiforme, rugueux au toucher ainsi que de l'intertrigo rétro-auriculaire bilatéral.

Au moment où les vomissements sont très fréquents, les lésions précédentes persistent en s'accroissant et il apparaît une séborrhée importante de toute la partie antéro-supérieure du crâne, empiétant un peu sur le front, et en même temps de l'intertrigo cervical bilatéral.

Les lésions cutanées persistent par la suite jusqu'au départ de l'enfant : l'érythème intertrigo intéresse alors, outre les régions précédemment envahies, la moitié de la région sous-ombilicale de l'abdomen, la région fessière en totalité, la face postérieure des jambes; l'intertrigo se retrouve très marqué au niveau des aisselles, du cou et des oreilles; la séborrhée importante du cuir chevelu et du front persiste; les lésions de la face par contre sont très atténuées.

La croissance a été régulière et très satisfaisante jusqu'au moment des vomissements répétés (4 kg. 100 le 13 décembre); puis elle est devenue irrégulière pendant une dizaine de jours (4 kg. 200 le 23 décembre); le poids est finalement resté stationnaire avec tendance à diminuer au moment du départ de l'enfant (4 kg. 300).

Un traitement par l'extrait thyroïdien (1 à 4 cg. par jour) fait au moment de l'apparition de la séborrhée du cuir chevelu, paraît avoir provoqué la reprise de la croissance du 23 décembre au 3 janvier.

Une otite droite est survenue le 11 décembre, une otite gauche le 9 janvier, celle-ci précédée d'une légère élévation thermique à 38°; l'otite double a persisté par la suite, presque tarie au départ de l'enfant.

L'enfant a constamment présenté, pendant son séjour, de l'occlusion rétro-nasale très marquée à certains moments. Une ulcération du pavillon de l'oreille droite avec suppuration légère est apparue le 23 décembre; elle n'était pas cicatrisée au départ de l'enfant.

Un abcès sous-cutané de la région occipitale a été incisé le 15 janvier.

La température de l'enfant a été dans l'ensemble constamment normale.

La vaccination antivariolique n'a pas été pratiquée; la persistance de l'occlusion nasale, la fréquence des vomissements; l'existence d'une splénomégalie avec hépatomégalie ont fait porter le diagnostic de syphilis congénitale et fait instituer un traitement par le lactate d'hydrargyre au millième pendant 20 jours à partir du 24 décembre.

Du gardénal avait été donné antérieurement.

L'enfant, tant en raison du diagnostic de syphilis congénitale qu'en raison de la persistance de lésions cutanées très étendues et très intenses, a été envoyée le 18 janvier 1933 dans le service des débiles et des hérédosyphilitiques du Dr Baudraud. Elle y contracta quelque temps après son arrivée une broncho-pneumonie grave dont elle guérit.

L'intertrigo axillaire et cervical et la séborrhée du cuir chevelu ont disparu en une quinzaine de jours, un peu avant 4 mois; l'érythème fessier a persisté plus longtemps tout en s'atténuant; il a fini par disparaître vers l'âge de 5 mois.

*
**

Obs. XXII. — Serge T...

Né le 22 octobre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 6 semaines à l'âge de 3 mois 1/2 passés (8 décembre 1932-10 février 1933).

L'enfant, d'après les renseignements obtenus lors de l'abandon, serait né à terme pesant 3 kg. 350 et aurait été nourri au sein depuis la naissance.

Au moment de l'abandon, à 9 jours, l'enfant pèse 3 kg. 300 et mesure 50 cm.; il présente à ce moment un vaccin jennérien en évolution.

On l'envoie à Antony le 8 décembre 1932 à l'âge de 5 semaines; il pèse alors 3 kg. 920, présente une otite droite, un érythème intertrigo intense et étendu sur le siège, le scrotum, la partie inférieure de l'abdomen et la presque totalité de la face postérieure de membres inférieurs ainsi qu'un intertrigo cervical bilatéral, rétro-auriculaire droit et axillaire bilatéral.

Alimenté uniquement avec du babeurre à son arrivée à Antony, l'enfant est progressivement mis au lait condensé qui devient son aliment exclusif à partir du 24 décembre, puis l'adaptation au lait ordinaire se poursuit du 28 décembre au 16 janvier, sans autres incidents que 2 ou 3 vomissements espacés.

Aucun trouble digestif ne survient à un autre moment.

L'enfant, arrivé avec des lésions cutanées importantes et disséminées, les a conservées pendant tout son séjour, l'intertrigo du siège s'étant cependant limité à la fin sur les fesses et le scrotum, tandis que l'intertrigo du cou et de l'oreille disparaissent.

L'intertrigo axillaire a persisté jusqu'à la fin.

De la séborrhée du cuir chevelu est apparue le 31 décembre; elle a augmenté par la suite pour persister au départ de l'enfant, étant alors en voie d'atténuation.

La croissance, satisfaisante dans l'ensemble, a été arrêtée quelques jours au moment des quelques vomissements survenus pendant l'adaptation au lait ordinaire (4 kg. 400 le 30 décembre, 4 kg. 470 le 10 janvier), puis elle a repris normalement (4 kg. 980 à 3 mois et demi).

L'enfant, arrivé avec une otite droite, a eu par la suite une otite gauche; l'une et l'autre ont successivement apparu et disparu pendant le séjour de l'enfant pour cesser complètement peu avant son départ.

La température de l'enfant a été constamment normale.

Aucun incident particulier n'est à signaler.

L'enfant a été envoyé en agence, présentant un bon aspect général et conservant les lésions cutanées indiquées ci-dessus.

*
**

OBS. XXIII. — Raoul G...

Né le 14 octobre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 5 semaines à l'âge de 3 mois 1/2 passés (11 novembre au 2 février 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à terme pesant 3 kg. 750 et aurait été nourri au sein depuis sa naissance jusqu'à son abandon à l'âge de 11 jours. A ce moment, le 22 octobre 1932, l'enfant pèse 3 kg. 620, mesure 52 cm., et présente une mammite bilatérale légère et un peu de conjonctivite.

Il est envoyé à Antony à l'âge de 5 semaines; c'est un gros enfant qui pèse alors 4 kg. 300, présente encore une conjonctivite droite légère et a une hernie inguinale bilatérale.

L'enfant, à son arrivée à Antony est alimenté avec 3 biberons de lait de femme et 4 biberons de babeurre; on lui donne bientôt du lait condensé; le lait de femme, puis le babeurre sont supprimés et le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 3 décembre 1932. Quelques troubles digestifs surviennent à ce moment : quelques vomissements espacés et des selles muco-grumeleuses (28 novembre au 7 décembre).

L'adaptation au lait ordinaire commence le 17 décembre pour se poursuivre sans incident jusqu'au 4 janvier; par la suite, l'enfant a présenté à 2 reprises une selle décolorée de dyspepsie de lait de vache.

Un léger érythème intertrigo du siège est apparu à 2 mois 1/2, vers le 27 décembre, quelque temps après le début de l'adaptation au lait ordinaire.

Au début de janvier, il s'étend un peu, intéressant le scrotum, les plis inguinaux et génito-cruraux ainsi que la partie supérieure des cuisses. En même temps, apparaissent des placards érythémateux eczématiformes disséminés sur les joues.

Vers le 10 janvier, apparaît une légère séborrhée du cuir chevelu ainsi que de l'intertrigo cervical bilatéral et axillaire gauche; l'érythème du siège atteint à ce moment les creux poplités.

Aucun changement ne survient jusqu'au départ de l'enfant à 3 mois 1/2 passés.

La croissance de l'enfant, très rapide au début, a été un peu ralentie du fait des légers troubles digestifs survenus fin novembre, puis elle a repris jusqu'au moment de l'apparition de l'érythème du siège (5 kg. 500 le 30 décembre à 2 mois 1/2). Le poids est alors resté stationnaire jusqu'au 9 janvier, puis la croissance a repris jusqu'au départ de l'enfant (5 kg. 920 le 21 janvier 1933).

Une bronchite légère et très passagère avec température à 38°4 un soir a été notée le 5 décembre. Une otite droite est survenue le 18 janvier; elle n'a duré que quelques jours.

La température en dehors de l'élévation thermique signalée ci-dessus a été presque constamment normale.

La vaccination antivariolique n'a pas été pratiquée; la double hernie inguinale qui existait à l'arrivée de l'enfant est devenue une volumineuse hernie inguino-scrotale bilatérale.

L'enfant, en raison de ces hernies, a été envoyé à l'Hospice en vue d'y être opéré ultérieurement, dès l'amélioration de l'érythème du siège; il a fallu seulement une quinzaine de jours pour que l'intervention soit possible. L'enfant a pu être ensuite envoyé en agence, les lésions cutanées ayant beaucoup rétrocedé.

*
**

OBS. XXIV. — Roger M...

Né le 14 octobre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de presque 4 mois (14 novembre 1932-10 février 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à terme pesant 2 kg. 800 et aurait été nourri depuis sa naissance jusqu'à son abandon à l'Hospice avec du lait de vache coupé d'eau. On ignore tout de ses antécédents.

Au moment de l'abandon, qui a lieu à 12 jours, l'enfant pèse 2 kg. 900 et mesure 49 cm. 1/2; on ne note rien de particulier.

L'enfant est envoyé à Antony à 1 mois; il pèse à ce moment 3 kg. 720, présente un gros testicule droit un peu dur et un craniotabès pariéto-occipital droit.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec 2 biberons de lait de femme, 3 biberons de babeurre et 2 biberons de lait condensé; le lait de

femme, puis le babeurre sont supprimés assez rapidement et le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 3 décembre 1932. Quelques vomissements espacés surviennent de temps à autre. L'adaptation au lait ordinaire débute le 18 décembre pour se terminer le 4 janvier; quelques vomissements surviennent encore, très espacés. Par la suite, aucun trouble digestif n'est à noter.

Un léger érythème intertrigo du siège fait son apparition le 18 décembre au moment du début de l'adaptation au lait ordinaire; il persiste par la suite, s'étendant au scrotum et aux plis génito-cruraux ainsi qu'à la partie supérieure des cuisses; le 9 janvier apparaissent quelques placards érythémateux disséminés sur les joues et vers le 15 janvier de la séborrhée du cuir chevelu, d'ailleurs minime, ainsi qu'un léger intertrigo cervical droit et axillaire bilatéral. Cet état cutané persiste par la suite, jusqu'au départ de l'enfant avec cependant légère tendance à l'atténuation et à la régression.

La croissance de l'enfant a été régulière et normale jusqu'au 3 janvier (4 kg. 900 à 2 mois 1/2 passés); puis elle est devenue très insuffisante (5 kg. 220 le 31 janvier, 5 kg. 260 le 10 février) à partir du moment, semble-t-il, où les lésions cutanées ont augmenté sur le siège et apparu sur le cuir chevelu, la face et les plis du cou et des aisselles.

Une otite gauche est survenue le 7 janvier. L'écoulement, survenu sans fièvre, a été passager.

D'autre part, l'enfant a toussé un peu à plusieurs reprises sans cependant présenter la moindre bronchite.

La température rectale a toujours été normale.

Les testicules, notamment le droit, ont augmenté de volume pendant le séjour de l'enfant, sans cependant devenir très gros ni présenter une consistance anormale.

La vaccination antivariolique, pratiquée le 4 décembre, a évolué normalement.

L'enfant a pu être envoyé en agence malgré sa croissance ralentie et la persistance de lésions d'intertrigo (fessier et scrotal, axillaire et cervical) et de séborrhée du cuir chevelu, les unes et les autres d'ailleurs en voie d'amélioration récente.

*
**

OBS. XXV. — Yvonne P...

Née le 5 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 6 semaines environ à l'âge de 3 mois 10 jours (23 décembre 1932 au 15 février 1933).

Il n'a été obtenu aucun renseignement sur les antécédents de l'enfant avant son abandon; celui-ci a eu lieu à l'âge de 2 jours : l'enfant pesait alors 3 kg. 500, mesurait 49 cm5, présentait un début d'ictère physiologique et un cordon ombilical non tombé ; on lui donne du B.C.G.

On envoie l'enfant à Antony à l'âge de 6 semaines; elle pèse alors

4 kg. 530, présente un érythème intertrigo du siège, un léger périonyxis au niveau de l'index gauche et une petite hernie ombilicale.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée exclusivement avec du babeurre; on le remplace rapidement par du lait condensé qui est le seul aliment à partir du 7 janvier; puis l'adaptation au lait ordinaire se poursuit sans incident du 11 au 23 janvier. Aucun trouble digestif n'a été noté.

L'érythème intertrigo du siège qui existait, peu étendu, à l'arrivée à Antony a persisté par la suite, s'étendant assez rapidement sur la moitié inférieure de la région sous-ombilicale et sur la totalité de la face postérieure des cuisses vers le 15 janvier. En même temps apparaît un intertrigo axillaire bilatéral, un intertrigo cervical peu marqué et une séborrhée assez importante du cuir chevelu.

Ces lésions persistent jusqu'au départ de l'enfant; l'érythème intertrigo du siège atteint en bas la partie moyenne des mollets, en haut, la région sous-ombilicale; l'intertrigo cervical et axillaire est peu important, la séborrhée est assez étendue, disséminée sur la partie supérieure du crâne.

La croissance de l'enfant, très satisfaisante jusqu'au 20 janvier, moment de l'extension des lésions (5 kg. 200 à 2 mois 1/2) est restée nulle pendant une douzaine de jours puis a repris assez lentement (5 kg. 370 le 14 février); un traitement par l'extrait thyroïdien a eu peu d'action.

Une otite double est survenue le 24 janvier sans la moindre élévation thermique; elle a duré en tout une quinzaine de jours.

La température de l'enfant a toujours été normale.

La vaccination antivariolique pratiquée le 30 décembre a évolué normalement; la cuti-réaction a été négative le 10 février.

L'enfant a été envoyée en agence à cause de son bon état général malgré la persistance des lésions cutanées indiqués ci-dessus; nous avons pu savoir ultérieurement, par sa nourrice qu'elles avaient complètement disparu en une vingtaine de jours.

*
**

OBS. XXVI. — Antoinette M...

Née le 2 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 7 semaines à l'âge de 3 mois 1/2 (23 décembre au 15 février 1933).

Aucun renseignement n'a été fourni concernant les antécédents de l'enfant; elle a été abandonnée à l'âge de 3 jours pesant alors 3 kg. 750 et mesurant 51 cm.; on note à ce moment l'existence d'un ictère physiologique, on donne à l'enfant du BCG. Elle est envoyée à Antony à l'âge de 7 semaines; elle pèse alors 4 kg. 700, présente une hernie ombilicale assez volumineuse et un érythème intertrigo latent et étendu sur le siège.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec du babeurre; on

le remplace aussitôt et progressivement par du lait condensé, puis on commence le 11 janvier l'adaptation au lait ordinaire qui se poursuivra jusqu'au 28 janvier. Aucun trouble digestif n'a été noté pendant le séjour de l'enfant.

L'érythème intertrigo du siège et de la région vulvaire qui existait à l'arrivée a persisté pendant tout le séjour de l'enfant sans s'étendre au delà de la partie moyenne des cuisses, mais il s'est accompagné à partir du 19 janvier d'une légère séborrhée du cuir chevelu qui ne s'est pas beaucoup accentuée par la suite.

La croissance de l'enfant, normale jusqu'au 20 janvier (5 kg. 600 à 2 mois 1/2) est alors restée stationnaire pendant une semaine au moment de l'apparition de la séborrhée crânienne, puis, peut-être sous l'influence d'un traitement par l'extrait thyroïdien, a repris son cours (6 kg. 100 à 3 mois 1/2).

Aucune infection n'a été notée.

La température a toujours été normale.

La vaccination antivariolique, pratiquée le 30 décembre 1932, a évolué normalement.

L'enfant a été envoyée en agence avec des lésions cutanées indiquées ci-dessus.

**

OBS. XXVII. — Odette G...

Née le 7 octobre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 2 mois à l'âge de 4 mois 20 jours (8 décembre au 17 février 1933).

L'enfant, d'après les renseignements obtenus au moment de son abandon à l'âge de 1 mois 20 jours, serait née à terme, pesant 3 kg. 500, aurait été jusque-là nourrie au sein et aurait présenté un abcès du cuir chevelu et une otite.

Au moment de l'abandon, l'enfant pesait 4 kg. 550 et mesurait 56 cm.; on note à ce moment l'existence d'un coryza avec otite gauche et d'un érythème intertrigo fessier et vulvaire. L'enfant est envoyée à Antony à l'âge de 2 mois; elle pèse alors 4 kg. 900, présente encore de l'occlusion nasale qui s'accompagne maintenant d'une otite droite, a un teint pâle, une fontanelle très largement ouverte et une rate perceptible au ras du rebord costal.

L'érythème du siège a disparu.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec du lait condensé. Malgré l'existence de selles muco-grumeleuses au nombre de 2 par jour, l'adaptation au lait ordinaire est commencée le 14 décembre; après une accalmie, les troubles digestifs reprennent le 23 décembre et obligent à revenir à l'alimentation exclusive au lait condensé; les troubles intestinaux n'en persistent pas moins jusqu'au 7 janvier; ils disparaissent ensuite définitivement; l'adaptation au lait ordinaire est reprise le 18 jan-

vier pour se terminer le 31. Quelques selles décolorées ont été notées à deux reprises par la suite.

Un érythème intertrigo fessier et vulvaire est apparu le 1^{er} janvier, au cours des troubles digestifs signalés ci-dessus; il a persisté, puis s'est considérablement étendu vers le 20 janvier jusqu'à la partie inférieure des cuisses. Un eczéma séborrhéique assez peu important mais étendu, a fait son apparition sur le cuir chevelu quelques jours plus tard (25 janvier), bientôt compliqué d'intertrigo cervical et rétro-auriculaire (31 janvier).

Au départ de l'enfant, les lésions cutanées ne s'étaient pas modifiées.

La croissance de l'enfant, qui avait commencé normalement, a été arrêtée par les troubles digestifs de la fin décembre; après une chute de poids de plus de 200 gr. (4 kg. 880 le 24 décembre) le poids est resté stationnaire jusqu'au 4 janvier. La croissance a repris dès lors normalement jusqu'au 10 février (5 kg. 930 à 4 mois), pour rester stationnaire pendant la dernière semaine du séjour de l'enfant à Antony.

L'enfant, arrivée avec une otite droite a eu quelques jours plus tard une otite gauche; les otites ont tour à tour disparu, puis repris plusieurs fois de suite, mais l'otite double existait encore au départ de l'enfant.

Une rhino-pharyngite aiguë avec fièvre à 38°, 38°5 pendant 2 jours est survenue les 9 et 10 janvier 1933.

La température, en dehors des 2 jours précédents, a été constamment normale.

La pâleur, notée à l'arrivée à Antony, a nécessité 2 cures de 20 jours de tartrate ferri-co potassique; elle a presque complètement disparu par la suite.

L'enfant a été envoyée en agence présentant, outre une otite double persistante, de l'érythème intertrigo assez étendu sur le siège et les cuisses, de l'intertrigo léger du cou et des oreilles et de la séborrhée du cuir chevelu.

Des examens bactériologiques ont pu être pratiqués le 10 mars 1933, par le Dr Donato. L'examen des selles a donné une réaction légèrement acide. A l'examen direct on note de l'entérocoque dans la proportion de 55 %. On a noté des bacilles du type coli-aérogènes (45 %). Après culture on trouve de l'entérocoque dans la proportion de 60 %. On a noté des bacilles du type coli-aérogènes (35 %). On a noté la présence de levures.

L'examen des squames a montré une flore gram positif prédominante avec de l'entérocoque dans la proportion de 38 %. En milieu anaérobie, on a trouvé l'entérocoque en culture presque pure. On a noté des coli-bacilles (2 %).

*
**

Obs. XXVIII. — Paul M...

Né le 15 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 25 jours à l'âge de 3 mois 1/2 (10 décembre 1932-2 mars 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à 8 mois, pesant 3 kg. 120 et aurait été alimenté au sein complété avec du lait condensé jusqu'au moment de son abandon.

A l'abandon qui a lieu à l'âge de 11 jours, l'enfant pèse 2 kg. 940 et mesure 48 cm., ce qui semble indiquer réellement que l'enfant est un prématuré; on ne note rien de particulier.

L'enfant est envoyé à Antony à l'âge de 25 jours; il pèse alors 3 kg. 220; on remarque que le testicule droit est un peu plus volumineux que le gauche.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec 4 biberons de lait de femme et 3 biberons de babeurre; le lait condensé est commencé à 1 mois; le lait de femme, puis le babeurre sont alors successivement supprimés et le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 2 janvier à l'âge de 6 semaines.

L'adaptation au lait ordinaire commence le 18 janvier pour se terminer le 4 février.

Aucun trouble digestif n'a été observé pendant le séjour de l'enfant, si ce n'est le 16 et le 27 février une selle muco-grumeleuse et une selle décolorée.

Un érythème intertrigo du siège est apparu vers le 20 janvier, à 2 mois passés, au début de l'adaptation au lait ordinaire; il a persisté ensuite jusqu'au départ de l'enfant, s'étendant assez rapidement, vers le 8 février, au scrotum, aux plis génito-cruraux et à la partie supérieure des cuisses, s'accompagnant en même temps de l'apparition d'un intertrigo axillaire bilatéral et de séborrhée de la partie antéro-supérieure du cuir chevelu.

Ces lésions existaient sans grandes modifications au départ de l'enfant.

La croissance de l'enfant a été normale jusqu'à l'âge de 3 mois (5 kg. le 14 février), le poids est ensuite resté stationnaire avec quelques oscillations jusqu'au départ de l'enfant.

Une otite gauche est survenue le 7 février sans la moindre élévation thermique; l'oreille droite a été douloureuse quelques jours plus tard; il n'y avait plus trace d'otite au moment du départ.

La température a été constamment normale, sauf le 20 février quand l'oreille droite est devenue douloureuse (38°, 38°3 un jour).

Les testicules ont été trouvés normaux au départ.

L'enfant a été envoyé en agence malgré son poids stationnaire et la persistance des lésions cutanées indiquées ci-dessus; il était en bon état au départ.

*
**

OBS. XXIX. — Hélène S...

Née le 21 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de 3 mois 1/2 (23 décembre au 4 mars 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme pesant

3 kg. 050 et aurait été nourrie au sein jusqu'à son abandon. A ce moment, elle pèse 2 kg. 950 et mesure 50 cm. (10 jours). Elle présente alors une érythrodermie, un ictère et une desquamation physiologiques; la rate est perçue au ras du rebord costal.

L'enfant est envoyée à Antony à 1 mois; elle pèse alors 3 kg. 550, présente une occlusion nasale marquée et la rate est toujours perceptible au ras du rebord costal.

A son arrivée à Antony l'enfant est alimentée avec 2 biberons de lait de femme, 2 de babeurre et 3 de lait condensé; le lait de femme est supprimé quelques jours plus tard et le lait condensé remplace tous les jours davantage le babeurre, mais des troubles digestifs surviennent à partir du 5 janvier; ils consistent en selles muco-grumeleuses ou glaireuses; on remet alors l'enfant à l'allaitement mixte babeurre-lait condensé.

On reprend ensuite progressivement le lait condensé. L'adaptation au lait ordinaire commence le 28 janvier pour se terminer le 14 février; quelques vomissements surviennent à ce moment, puis de temps à autre une selle mal digérée ou muco-grumeleuse.

Un érythème intertrigo du siège datant des troubles digestifs s'étend vers le 24 janvier vers la région vulvaire et la face postérieure des deux tiers supérieurs des cuisses, il s'étend ensuite jusqu'à la partie inférieure des mollets et s'accompagne, vers le 8 février, d'un intertrigo cervical droit et de séborrhée assez peu étendue sur le cuir chevelu.

L'érythème gagne encore la paroi abdominale antérieure dans sa partie inférieure; l'intertrigo cervical gagne la nuque, la séborrhée ne se modifie guère; il apparaît de l'intertrigo axillaire bilatéral.

La croissance de l'enfant subit un arrêt et une chute légère de poids survient même à ce moment, à l'occasion des troubles digestifs signalés ci-dessus, puis le poids augmente, présentant un arrêt lors de l'extension de l'érythème du siège (4 kg. 100 à 2 mois); après une augmentation, un nouvel arrêt de la croissance qui dure 20 jours se produit le 2 février (4 kg. 300); quelques injections stimulantes de sulfarsénol (en tout 10 cg.) provoquent une reprise rapide du poids jusqu'au départ de l'enfant (4 kg. 700).

Aucune infection n'a été notée.

La température a toujours été normale.

L'occlusion nasale notée à l'arrivée a persisté pendant une grande partie du séjour de l'enfant, avec des améliorations suivies d'aggravations.

L'enfant, envoyée en agence, a été admise à l'hospice dans l'une des nourriceries à cause des lésions cutanées indiquées ci-dessus et d'une otite apparue à ce moment du côté droit; il existait à ce moment une calotte suintante de séborrhée à la partie supérieure du crâne, de l'intertrigo cervical circulaire, axillaire bilatéral et un érythème intertrigo étendu de l'abdomen aux pieds.

Les lésions cutanées se sont peu à peu améliorées et l'enfant a pu ultérieurement être envoyé en agence.

Des examens bactériologiques ont pu être pratiqués par le Dr Donato, une première fois, le 10 mars 1933. L'examen des selles a donné une réaction acide. A l'examen direct on a noté la prédominance du type entérocoque. En culture, avec milieux appropriés, on a trouvé de l'entérocoque dans la proportion de 96 %. On a noté de rares sarcines, et la présence de levures. Il y avait des bacilles du type coli-aérogènes (2 %).

A l'examen des squames on a noté en moyenne de l'entérocoque dans la proportion de 87 %. On a noté la présence du colibacille (2 %) et du microbacille de la séborrhée (5 %). Le 22 mars, l'examen des squames a montré une flore microbienne où prédomine encore l'entérocoque dans la proportion de 42 %. On a noté des colibacilles (1 %). Les selles à l'examen direct ont montré la prédominance de l'entérocoque. En culture appropriée, on a noté l'entérocoque dans la proportion de 35 % seulement, au profit du type coli-aérogènes (50 %).

**

Obs. XXX. — Jeanine S...

Née le 8 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 6 semaines à l'âge de presque 4 mois (24 décembre au 2 mars 1933).

L'enfant, d'après les renseignements fournis, serait née à terme pesant 3 kg. 300 et aurait été nourrie avec du lait condensé jusqu'à son abandon. Celui-ci a lieu le lendemain de la naissance. L'enfant pèse alors 3 kg. et mesure 48 cm. et demi ; elle présente une érythrodermie physiologique avec subictère.

On envoie l'enfant à Antony le 24 décembre; elle pèse alors 4 kg. et présente un érythème intertrigo assez étendu sur le siège.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec du babeurre; on le remplace assez rapidement par du lait condensé qui devient l'aliment exclusif à partir du 9 janvier; mais dès le 7 janvier étaient survenus des troubles digestifs consistant en quelques vomissements et selles glaireuses ou muco-grumeleuses. Ces troubles digestifs durent une huitaine de jours et ne se reproduisent plus par la suite. L'adaptation au lait ordinaire commence le 18 janvier pour se terminer le 1^{er} février.

L'érythème intertrigo, assez étendu sur le siège lors de l'arrivée de l'enfant, a pris de l'extension au moment des troubles digestifs indiqués ci-dessus, puis s'est étendu sur l'abdomen et la totalité des cuisses vers le 20 janvier, des jambes quelques jours plus tard.

Vers le 15 février apparaissent de l'intertrigo cervical et de la séborrhée du cuir chevelu, peu étendu et passagère puisqu'elle a disparu 15 jours plus tard, mais les autres lésions d'intertrigo persistent, l'érythème du siège tendant à ce moment à s'atténuer et à se limiter.

La croissance de l'enfant n'a subi qu'un arrêt passager lors des troubles digestifs signalés ci-dessus ; elle a repris ensuite sa marche régulière.

Une otite double est survenue sans élévation thermique le 27 janvier; elle n'a été que passagère (20 jours environ).

La température a été constamment normale, à part la période du 10 au 13 février.

A ce moment, l'enfant a eu la varicelle (provenant d'un enfant de nourrice); elle a évolué normalement, mais elle a été transmise à l'enfant de la même chambre (voir Obs. XXVIII).

L'enfant a pu être envoyée en agence à cause de son bon état général, présentant les lésions cutanées indiquées ci-dessus et une rate perceptible à la palpation.

**

Obs. XXXI. — Juliette P...

Née le 19 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 4 semaines à l'âge de 4 mois (17 janvier au 18 avril 1933).

L'enfant, née à terme, a été abandonnée à l'Hospice le jour de sa naissance pesant 3 kg. 050 et mesurant 48 cm5; on l'envoie à Antony le 17 janvier; elle pèse alors 3 kg. 700 et ne présente rien de particulier.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 2 biberons de lait de femme et 5 biberons de babeurre; on lui donne aussitôt du lait condensé; le lait de femme, puis le babeurre sont successivement supprimés et le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 4 février. L'adaptation au lait ordinaire continue le 22 février, pour se terminer le 11 mars. L'enfant présente ultérieurement, le 19 et le 20 mars, quelques selles décolorées de dyspepsie du lait de vache qui ne se renouvellent pas par la suite.

Un érythème intertrigo du siège apparaît vers le 12 février; il s'étend rapidement quelques jours plus tard vers la région vulvaire et la face postérieure des cuisses et des jambes avec, à ce niveau, quelques éléments érythémateux séparés les uns des autres; on note simultanément l'apparition de placards érythémateux sur les joues et de croûtes séborrhéiques au niveau des sourcils.

Les lésions persistent ensuite avec tendance à l'atténuation (5 injections de vaccin anti-entérocoque 1/4 à 1 cc.) mais le 3 mars apparaît de la séborrhée du cuir chevelu et de l'intertrigo auriculaire bilatéral peu marqué, et sous palpébral léger. Le cou reste indemne.

Puis la séborrhée du cuir chevelu envahit le front sans toutefois rejoindre celle des sourcils (22 mars); l'érythème intertrigo du siège dépasse à peine la région vulvaire en haut, mais atteint la partie supérieure des mollets.

Le 25 mars, la séborrhée a gagné tout le front et rejoint celle des sourcils qui recouvre maintenant la racine du nez. Quelques jours plus tard, l'ensemble de la séborrhée du cuir chevelu et du front se détache

par lambeaux assez grands. (De l'enterococcène a été donné par voie buccale : une demi ampoule au début, du 15 au 25 mars, puis 50 gouttes d'une dilution au dixième, du 25 mars au 3 avril). Au début d'avril, on note une amélioration très nette de l'ensemble de la séborrhée cranio-faciale, mais l'intertrigo rétro-auriculaire bilatéral, surtout marqué à gauche, et l'intertrigo axillaire, surtout marqué à droite persistent; l'érythème du siège sèche, se plisse, pâlit sans diminuer d'étendue. Le 10 avril, la séborrhée a à peu près complètement disparu; il persiste de petites fissures sus-auriculaires et axillaires droites; l'érythème fessier a beaucoup diminué d'étendue.

Enfin, le 17 avril, la séborrhée reste très minime au niveau de la partie supérieure du cuir chevelu dont les cheveux sont tombés sur toute la surface antérieurement intéressée; il n'existe plus qu'un intertrigo axillaire droit au minimum, un érythème localisé aux fesses et de peu d'importance.

De la pommade à l'oxyde jaune de mercure a été appliquée sur le front, le nez; elle paraît avoir été très efficace.

La croissance de l'enfant, à part un arrêt de 3 jours au début de l'érythème du siège (4 kg. 150 le 14 février) est restée normale jusqu'au 7 mars (apparition de la séborrhée du cuir chevelu); le poids est alors resté stationnaire pendant 2 semaines (4 kg. 650), puis il a repris à partir du 20 mars une progression régulière (5 kg. 350 à 4 mois).

Une otite double est survenue sans élévation thermique le 5 mars; elle a duré une dizaine de jours, puis l'enfant a eu un coryza avec occlusion nasale qui s'est prolongé une quinzaine de jours.

La température a été constamment normale.

Il n'a été constaté aucun symptôme particulier pendant le séjour de l'enfant, en dehors de ceux signalés ci-dessus.

L'enfant a pu partir en agence presque complètement débarrassée des lésions cutanées si importantes présentées pendant le séjour.

*
**

OBS. XXXII. — Maurice D...

Né le 23 octobre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 7 semaines environ à l'âge de 5 mois 1/2 passés (15 décembre 1932-11 avril 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à terme pesant 3 kg. 250 et aurait été nourri au sein jusqu'à son abandon; le B W dans le sang de la mère aurait été négatif.

Au moment de l'abandon à l'âge de 10 jours, l'enfant pèse 3 kg. et mesure 51 cm5; il présente alors un pannicule adipeux mince et un érythème intertrigo du siège. Pendant le séjour à l'Hospice, l'enfant a des troubles digestifs « banaux » et une croissance insuffisante qui rend l'enfant suspect de syphilis congénitale et lui fait prescrire des frictions mercurielles.

A son arrivée à Antony à l'âge de 7 semaines, l'enfant pèse 3 kg. 520; il est en état d'hypotrophie du premier degré sans signes particuliers surajoutés.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec 2 biberons de lait de femme et 5 biberons de lait condensé; celui-ci devient dès le 26 décembre l'aliment exclusif. Un début d'adaptation au lait ordinaire a lieu le 31 décembre, mais l'enfant présente les jours suivants des vomissements et quelques selles muco-grumeleuses avec arrêt de la croissance qui font momentanément remettre l'enfant au régime mixte lait de femme-lait condensé et de nouveau au lait condensé.

L'adaptation au lait ordinaire est reprise le 18 janvier et se poursuit sans incident pour se terminer le 4 février; aucun trouble digestif n'est plus noté par la suite.

Un très léger intertrigo du siège et du scrotum est apparu au moment des troubles digestifs indiqués ci-dessus; il a persisté par la suite et s'est étendu aux plis génitaux cruraux et inguinaux ainsi qu'à la moitié supérieure des cuisses au début de février (à 3 mois passés); vers le 18 février apparaissent une très légère séborrhée du cuir chevelu et un intertrigo axillaire bilatéral tandis que l'érythème du siège s'étend aux mollets. Un mois plus tard, le 22 mars, on constate que l'intertrigo du siège intéresse la partie toute inférieure de la paroi abdominale et la totalité des mollets; il est rouge intense dans sa totalité; il existe en outre un très léger intertrigo rétro-auriculaire bilatéral, de l'intertrigo axillaire gauche léger, axillaire droit plus marqué, de la séborrhée de la partie supérieure du cuir chevelu peu importante et limitée; on remarque en outre que la peau du tronc est rosée et desquamée finement sans qu'il y ait eu une phase nette d'érythrodermie.

Au début d'avril, l'érythème du siège et des membres inférieurs s'atténue, se limite; la peau se plisse et est moins rouge; l'intertrigo auriculaire est presque guéri, la séborrhée est en voie de disparition, le tronc est normal, il persiste un léger intertrigo axillaire droit.

Au départ de l'enfant, l'érythème du siège ne s'est guère modifié; il existe une petite fissure sus-auriculaire droite et une autre axillaire droite; la séborrhée est très minime, presque complètement disparue.

La croissance de l'enfant, très rapide à l'arrivée a subi un arrêt et même une petite descente entre le 23 décembre (3 kg. 900) et le 5 janvier (3 kg. 840) au moment des troubles digestifs signalés ci-dessus, puis elle a repris, aidée, semble-t-il par quelques injections stimulantes de sulfarsénol et l'ingestion d'extrait thyroïdien, 1 à 3 mg. par jour.

A partir du 17 janvier (4 kg. 300), début du lait ordinaire, la croissance devient lente (4 kg. 800 le 7 mars) sans présenter de grandes oscillations, puis après une chute de poids à 4 kg. 600, le 10 mars, celui-ci reste stationnaire jusqu'au 23 mars pour reprendre une ascension d'abord lente, puis plus rapide (5 kg. 050 le 10 avril à 5 mois 1/2 passés.)

Une otite gauche est survenue le 23 février, puis une otite droite le 3 mars; l'otite double a persisté quelque temps par la suite, avec plusieurs périodes où l'écoulement tari provoquait une poussée fébrile.

L'enfant a eu la varicelle du 27 février au 5 mars. L'enfant de la même chambre (voir Obs. XXX) avait contracté la varicelle d'une enfant de nourrice.

La température a subi quelques élévations au moment de la varicelle, des 2 otites et du tarissement de l'écoulement de celles-ci ; elle n'a jamais dépassé 38°5.

Aucun stigmate particulier n'a pu faire penser à la syphilis congénitale.

L'enfant a pu être envoyé en agence malgré son hypotrophie et la persistance de quelques lésions cutanées résiduelles, en raison de son bon aspect général.

*
**

OBS. XXXIII, Jacques B...

Né le 19 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de 4 mois 1/2 (20 janvier au 6 mai 1933).

L'enfant serait né à terme pesant 3 kg. 100 et aurait été nourri au sein jusqu'à son abandon survenu à l'âge de 11 jours; à ce moment, il pèse 3 kg. 050 et mesure 51 cm., il ne présente rien de particulier. On l'envoie à Antony à l'âge de 1 mois; il pèse alors 3 kg. 620, son examen est normal.

A l'arrivée à Antony, l'enfant est alimenté uniquement avec du bœuf qu'on remplace rapidement par du lait condensé, celui-ci devient l'aliment exclusif à partir du 6 février. L'adaptation au lait ordinaire commence le 22 février pour se terminer le 11 mars. L'enfant présente à partir du 13 mars et à plusieurs reprises des selles décolorées de dyspepsie du lait de vache.

Le 23 février, on constate l'apparition d'un érythème fessier et scrotal du type intertrigo, peu étendu, et en même temps de quelques croûtes de séborrhée disséminées sur le cuir chevelu, dans la région antéro-supérieure. Le 10 mars, l'érythème du siège restant stationnaire, la séborrhée du cuir chevelu s'étend considérablement et devient suintante; elle envahit la presque totalité du cuir chevelu, du front, du pourtour des oreilles et les sourcils. (De l'entérococcène est donné par voie buccale à partir du 12 mars : une demi ampoule jusqu'au 25. 50 gouttes d'une dilution au dixième du 25 mars au 3 avril). L'érythème du siège s'étend à son tour, vers le bas seulement, et atteint la partie moyenne des mollets; il existe un léger intertrigo cervical gauche le 22 mars et de l'intertrigo des plis palpébraux supérieurs et inférieurs.

Le 27 mars, les lésions cutanées ayant la même étendue, la séborrhée présente une poussée évolutive très nette (rougeur plus marquée de la peau et séborrhée plus importante). Au début d'avril, l'intertrigo des paupières disparaît, la séborrhée, sans diminuer d'étendue, sèche et commence à se détacher, surtout sur le front et la racine du nez, l'éry-

thème fessier a tendance à pâlir; il existe de l'intertrigo rétro-auriculaire bilatéral.

Le 19 avril, la séborrhée a considérablement diminué n'existant plus qu'à la partie toute supérieure du cuir chevelu; la peau est normale, sans cheveux, dans les régions atteintes antérieurement. Il persiste encore un léger intertrigo du cou et des oreilles; l'érythème du siège a considérablement régressé (4 mois).

Une augmentation passagère de la séborrhée du cuir chevelu se produit vers le 25 avril, puis s'atténue.

Au départ de l'enfant, les téguments sont indemnes à part une minime séborrhée sèche à la partie supérieure du crâne.

La croissance de l'enfant a été normale jusqu'au 10 mars (5 kg. 100 à 2 mois 1/2 passés), puis le poids est resté stationnaire jusqu'au 25 mars pour reprendre ensuite son ascension d'abord assez lente puis plus rapide (5 kg. 980 à 4 mois 1/2).

Une otite droite est survenue le 21 mars, une otite double le 24. L'otite gauche a coulé peu de temps, la droite jusqu'à la fin d'avril.

La température de l'enfant a été constamment normale.

Aucun symptôme particulier n'a été noté si ce n'est un léger cranio-tabès pariéto-occipital droit au départ de l'enfant.

L'enfant a pu partir à la campagne en bon état général et cutané.

Des examens bactériologiques pratiqués par le D^r Donato, le 22 mars 1933, ont montré des selles qui avaient une réaction acide, et une flore microbienne, gram positif, à l'examen direct et dans les cultures, avec une prédominance de l'entérocoque dans la proportion de 87 %. On a noté 9 % de bacilles coli-aérogènes.

Les squames, à l'examen direct et après culture, ont montré une flore homogène gram positif, avec prédominance de l'entérocoque dans la proportion de 83 %. On n'a pas noté de coli-bacilles.

*
**

OBS. XXXIV. — Paul C...

Né le 1^{er} janvier 1933, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de 3 mois et demi (30 janvier au 14 avril 1933).

Aucun renseignement n'a été fourni lors de l'abandon de l'enfant qui a eu lieu à l'âge de 3 jours; il pesait alors 2 kg. 900 et mesurait 48 cm5, ce qui semblerait indiquer une légère prématuration.

L'enfant est envoyé à Antony présentant une grosse hydrocèle droite et un léger érythème fessier et scrotal du type intertrigo; il pèse à ce moment 3 kg. 800.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec 2 biberons de lait de femme et 5 de babeurre; on lui donne aussitôt du lait condensé;

le lait de femme puis le babeurre sont supprimés et le lait condensé devient l'aliment exclusif le 15 février.

L'adaptation au lait ordinaire commence le 1^{er} mars, l'enfant présente les jours suivants des selles partiellement décolorées qui lui font donner du babeurre; puis l'adaptation se poursuivant, surviennent quelques selles muco-grumeleuses. L'enfant est entièrement au lait ordinaire à partir du 25 mars et aucun trouble digestif ne survient ensuite.

Le 28 février, l'érythème léger du siège et du scrotum noté à l'arrivée existe toujours sans être modifié; il apparaît à ce moment une légère séborrhée du cuir chevelu et aussi des sourcils.

Du 15 au 25 mars, l'érythème qui avait paru pâlir les jours précédents prend une extension rapide et envahit la totalité de la face postérieure des cuisses et des jambes; il existe des fissures dans tous les plis de flexion. La séborrhée forme maintenant une véritable calotte sur la partie antéro-supérieure du crâne; elle intéresse toujours les sourcils et se montre aussi au pourtour des narines.

Il est apparu de l'intertrigo axillaire bilatéral et sus-auriculaire bilatéral.

A la fin de mars, l'érythème fessier et la séborrhée commencent à s'atténuer; le pourtour des narines est nettoyé.

Le 7 avril, la séborrhée du cuir chevelu est très minime, le siège est à peu près normal, les membres inférieurs sont débarrassés de tout érythème. L'amélioration continue jusqu'au départ de l'enfant; le siège et le cuir chevelu sont presque indemnes, il persiste de l'intertrigo sus et rétro-auriculaire bilatéral et axillaire bilatéral.

La croissance a été normale et régulière jusqu'au 3 mars; elle présente ensuite pendant 2 semaines des oscillations autour d'un poids stationnaire (4 kg. 500), puis elle reprend jusqu'au 5 avril (4 kg. 850), pour rester presque nulle les jours suivants (4 kg. 880 à 2 mois 1/2).

Une otite droite est survenue le 4 mars; elle a duré une quinzaine de jours.

La température de l'enfant a été constamment normale.

Une hernie inguinale droite a été constatée pendant le séjour; elle a disparu au départ.

L'enfant a pu être envoyé en agence en bon état cutané avec une hypotrophie très légère.

**

OBS. XXXV. — Paulette K...

Née le 17 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 6 semaines à l'âge de 4 mois passés (30 janvier-24 avril 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, pesait 2 kg. à la naissance et aurait été nourrie au sein jusqu'à son abandon.

Celui-ci a lieu à l'âge de 9 jours : l'enfant pèse alors 2 kg. 200 et mesure 45 cm.; il s'agit donc d'une enfant prématurée et débile; on note que l'ombilic n'est pas cicatrisé et qu'il existe une érythrodermie et un ictère physiologiques.

L'enfant est envoyée à Antony à l'âge de 6 semaines; elle pèse alors 3 kg. 200, présente une petite hernie ombilicale, du coryza et un léger intertrigo du siège.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 2 biberons de lait de femme, 2 biberons de babeurre et 3 biberons de lait condensé; le lait condensé augmente rapidement et devient l'aliment exclusif le 13 février.

L'adaptation au lait ordinaire débute le 25 février et se termine le 13 mars; l'enfant a eu pendant cette période un vomissement et une selle décolorée.

Quelques selles décolorées surviennent encore un peu plus tard à la fin de mars et au début d'avril.

L'érythème du siège qui existait au début et s'était notablement atténué reprend un peu vers le 1^{er} mars et s'accompagne alors d'une légère séborrhée des sourcils; celle-ci persiste et s'étend sur le front le 13 mars.

Dix jours plus tard, on constate que l'érythème du siège remonte un peu en arrière sur le tronc, en avant, sur la région vulvaire et la région pubienne; il s'est également étendu vers le bas atteignant la partie supérieure des mollets. Les limites sont nettes. Il est apparu de l'intertrigo axillaire bilatéral, de l'intertrigo cervical très étendu et large intéressant tout le pourtour des oreilles; la séborrhée a envahi, entre les sourcils, la totalité du front et du cuir chevelu ainsi que les paupières supérieures. La séborrhée est séparée au niveau de la nuque par un intervalle de peau saine de l'intertrigo (entérococcène 14 mars-3 avril).

A la fin de mars, on note une tendance à l'amélioration de l'ensemble des lésions cutanées.

Le 7 avril, l'érythème du siège est encore presque aussi étendu et intense, les aisselles sont indemnes, il persiste de l'intertrigo rétro-auriculaire bilatéral et cervical, celui-ci encore important; la séborrhée n'existe plus que sur la partie antéro-supérieure du cuir chevelu et le sourcil gauche; le front et la nuque sont indemnes.

Enfin, le 20 avril, il ne persiste plus qu'un léger érythème fessier sec, pâle, et peu étendu, une petite fissure sus-auriculaire gauche, un léger intertrigo du cou, un crâne à peu près normal.

La croissance a été normale jusqu'au 21 mars (extension des lésions), 4 kg. 430 à 3 mois passés; puis le poids est resté stationnaire avec quelques oscillations jusqu'au 8 avril (4 kg. 430). La croissance a repris ensuite normalement jusqu'au départ (4 kg. 930).

Une otite droite est survenue le 24 février; elle a persisté jusqu'au début d'avril, s'accompagnant d'une otite gauche à partir du 23 mars et pendant une dizaine de jours.

Un coryza prolongé a été noté pendant le séjour de l'enfant.

La température de l'enfant a été constamment normale en dehors d'une courte période subfébrile ayant précédé l'apparition de l'otite droite.

Il n'a rien été signalé de particulier en dehors d'une crâniotabès pariéto-occipital droit au départ de l'enfant ; la prématuration et la débilité congénitale jointes au coryza prolongé ont fait envisager la possibilité d'une syphilis congénitale.

L'enfant est partie en agence en bon état.

**

OBS. XXXVI. — René D...

Né le 27 décembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois environ à l'âge de 4 mois passés (30 janvier-1^{er} mai 1933)

Aucun renseignement n'a été fourni lors de l'abandon de l'enfant. Celui-ci a eu lieu à l'âge de 2 jours; l'enfant pesait alors 2 kg. 800 et mesurait 48 cm. 5, ce qui semble indiquer une légère prématuration avec débilité congénitale.

L'enfant est envoyé à Antony le 30 janvier 1933; il pèse alors à 1 mois passé 3 kg. 800, il présente de l'occlusion rétro-nasale et une grosse hydrocèle droite.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec 2 biberons de lait de femme, 3 biberons de babeurre et 2 de lait condensé; le lait de femme, puis le babeurre sont supprimés et le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 18 février.

L'adaptation au lait ordinaire débute le 1^{er} mars pour se terminer le 18; 1 ou 2 vomissements et 1 selle décolorée surviennent pendant cette période. Quelques selles de dyspepsie de lait de vache sont également signalées entre le 18 et le 25 mars.

Un érythème intertrigo limité au siège et au scrotum est apparu le 28 février; 2 ou 3 jours plus tard apparaissent de très petits éléments de séborrhée sur le cuir chevelu.

Celle-ci augmente les jours suivants.

Puis les lésions cutanées présentent une poussée évolutive; le 23 mars on constate que l'érythème intertrigo du siège atteint la région pubienne en la débordant à peine, la région lombaire en arrière, la partie supérieure des mollets; il existe sur les cuisses des fissures dans les moindres plis de la peau.

Il est apparu un intertrigo axillaire suintant bilatéral surtout marqué à droite, un intertrigo cervical peu important, un intertrigo sus et rétro-auriculaire bilatéral. La séborrhée forme alors une calotte sur la partie antéro-supérieure du cuir chevelu.

Il existe, en outre, de l'intertrigo très net pré-auriculaire gauche.

Au début d'avril s'amorce une amélioration de l'ensemble des lésions cutanées : le 7, l'érythème du siège s'est malgré tout peu atténué, mais

la séborrhée a bien diminué d'étendue et d'importance, l'intertrigo du cou est sec et très limité, il n'y a plus qu'un léger intertrigo rétro-auriculaire gauche et un intertrigo axillaire bilatéral très diminué.

Le 20 avril, le crâne est débarrassé de toute séborrhée; il persiste un léger intertrigo du cou, de l'oreille droite, des aisselles; l'érythème est encore assez étendu, mais moins rouge.

Il s'améliore les jours suivants tout en se limitant et il n'est plus alors accompagné que d'un léger intertrigo axillaire bilatéral. (L'oxyde jaune de Hg en pommade a paru être efficace.)

Une otite droite, puis une otite gauche sont survenues le 25 mars; elles ont persisté une quinzaine de jours.

La croissance de l'enfant a été normale jusqu'au 3 mars (4 kg. 400 à 2 mois), puis le poids est resté stationnaire jusqu'au 19 mars (4 kg. 470), pour augmenter lentement à partir de cette date jusqu'au 4 avril (4 kg. 650), augmenter plus rapidement les jours suivants, présenter encore un palier et enfin reprendre les derniers jours du séjour. (5 kg. 080 le 28 avril à 4 mois).

La température a été normale sauf pendant les jours qui ont précédé l'apparition de la première otite.

Aucun symptôme particulier n'a été noté.

L'enfant a été envoyé en agence en assez bon état cutané et général, le 26 mars 1933.

Des examens bactériologiques pratiqués par le docteur Donato ont montré une réaction acide des selles, avec une flore prédominante homogène gram positif, avec l'entérocoque dans la proportion de 68 %. On a noté de rares sarcines et la présence de levures. On a noté 10 % de bacilles type coli-aérogènes.

L'examen de pus d'otite a montré une flore microbienne à prédominance gram positif, avec l'entérocoque dans la proportion de 54 %.

L'examen des squames a montré la présence de l'entérocoque dans la proportion de 78 % et du microbacille de la séborrhée (6 %).

OBS. XXXVII. — Jules K...

Né le 20 décembre, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de 4 mois 10 jours (20 janvier au 1^{er} mai 1935).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à terme pesant 3 kg. 800, et aurait été nourri au sein jusqu'à son abandon à l'Hospice à l'âge de 14 jours. Il pèse alors 3 kg. 800, mesure 51 cm., et présente une hernie ombilicale et un pouce surnuméraire à chaque main. On l'envoie à Antony à 1 mois; il pèse alors 3 kg. 980, sa croissance a donc été insuffisante à l'Hospice; il présente un érythème intertrigo très étendu sur le siège et le scrotum avec œdème des bourses, mais les testicules sont normaux.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec 2 biberons de lait de femme et 5 biberons de babeurre; on commence quelques jours plus tard à lui donner du lait condensé, mais il présente déjà avant quelques troubles digestifs consistant en vomissements et des selles glaireuses ou muco-grumeleuses. Ces troubles digestifs cessent le 3 janvier et l'enfant est entièrement alimenté avec du lait condensé à partir du 8. L'adaptation au lait ordinaire débute le 22 pour se terminer sans incident le 11 février; par la suite, l'enfant présente à plusieurs reprises des selles décolorées ou des selles un peu émollientes.

L'érythème intertrigo fessier et scrotal du début a persisté aussi étendu quelque temps puis au début de mars a envahi la totalité de la face postérieure des membres inférieurs en même temps qu'apparaissait une séborrhée légère du cuir chevelu localisée à sa région antéro-supérieure avec rougeur de la peau à ce niveau et peu de séborrhée. Celle-ci augmente vers le 15 mars, tandis qu'apparaissent un intertrigo rétro-auriculaire droit et axillaire bilatéral, surtout marqué à droite. (De l'entérococcène par voie buccale a été donné du 12 au 29 mars, d'abord une demi ampoule par jour jusqu'au 25, puis 50 gouttes d'une dilution au dixième).

Le 31 mars, l'érythème du siège a tendance à s'atténuer; la peau est sèche et plissée, moins rouge; l'intertrigo axillaire bilatéral et rétro-auriculaire droit ainsi que la calotte de séborrhée traversée par de longs cheveux persiste.

Le 6 avril, la séborrhée a tendance à diminuer, mais il apparaît de l'intertrigo cervical antérieur et latéral.

Le 19 avril, il ne persiste plus qu'une légère séborrhée de la partie antérieure du cuir chevelu, un léger intertrigo sus-auriculaire droit et rétro-auriculaire gauche, un léger intertrigo axillaire bilatéral, cervical latéral bilatéral et un érythème intertrigo encore assez intense, mais ne dépassant plus la partie inférieure des cuisses. Le 28 avril, il reste seulement un léger érythème intertrigo du siège assez localisé et un léger intertrigo axillaire bilatéral.

La croissance, nulle pendant 12 jours lors des troubles digestifs notés dès l'arrivée, a été ensuite normale jusqu'au 28 février (extension de l'érythème du siège); 5 kg. 070, puis elle est devenue lente tout en restant régulière jusqu'au 17 mars (5 kg. 300). A partir de ce poids la croissance s'arrête avec une tendance à la diminution du poids et oscillations de ce dernier (5 kg. 500 le 4 avril à 3 mois 1/2). Des injections stimulantes de sulfarsénol (en tout 11 cg.) provoquent une reprise régulière de la croissance jusqu'au départ de l'enfant (5 kg. 750).

Une otite droite est survenue sans élévation thermique le 19 mars; elle a duré jusqu'au 9 avril, un très petit abcès du cuir chevelu a été incisé au moment du départ.

Une légère élévation thermique pendant 5 jours a accompagné l'évolution d'un coryza avec occlusion nasale survenu du 24 au 29 mars.

Les testicules ont été trouvés un peu augmentés de volume à la fin de

mars, mais de consistance normale; une petite hydrocèle droite est apparue peu avant le départ.

L'enfant a été envoyé en agence en bon état général et cutané.

Des examens bactériologiques pratiqués le 2 avril 1933 par le docteur Donato ont montré des selles à réaction acide, avec une flore homogène gram positif avec prédominance de l'entérocoque dans la proportion de 72 %. On a noté la présence de sarcines et de levures. On a noté la présence du bacille du type coli-aérogène (12 %).

L'examen de pus d'otite a montré une flore prédominante gram positif, avec l'entérocoque dans la proportion de 66 %.

L'examen des squames a donné une proportion d'entérocoques de 77 %. On a noté le microbacille de la séborrhée (5 %).

*
**

Obs. XXXVIII. — Emilienne B...

Née le 31 janvier 1933, a séjourné à Antony de l'âge de 5 semaines environ à l'âge de 2 mois 25 jours (7 mars au 24 avril 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme pesant 3 kg. 600; elle a été abandonnée le lendemain de sa naissance; son poids était alors de 3 kg. 400 et sa taille de 49 cm.; on note à ce moment l'existence d'un ictère physiologique. L'enfant est envoyée à Antony à l'âge de 5 semaines; elle présente alors un érythème intertrigo du siège assez étendu.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec du babeurre. On le remplace peu à peu par du lait condensé qui devient l'aliment exclusif à partir du 22 mars. L'adaptation au lait ordinaire commence le 29 pour se terminer le 15 avril. Aucun trouble digestif n'a été noté pendant le séjour.

L'érythème intertrigo noté à l'arrivée sur le siège, la région vulvaire et les cuisses a persisté sans modifications importantes pendant le séjour de l'enfant, pâlisant seulement au moment du départ. Il est accompagné vers le 23 mars d'une très minime séborrhée de la partie postérieure du sommet du crâne et d'un léger intertrigo axillaire droit.

Ce dernier a disparu en une quinzaine de jours, la séborrhée a disparu vers le 15 avril et il n'est resté que l'érythème du siège.

La croissance de l'enfant a été régulière et satisfaisante (4 kg. 850 à 2 mois 25 jours).

Une occlusion nasale a été notée pendant les 3 semaines du séjour.

La température de l'enfant a été constamment normale.

Aucun symptôme particulier n'a été noté.

L'enfant a pu être envoyée en agence en bon état.

*
**

Groupe III (12 observations)

Symptomatologie limitée à l'érythème intertrigo persistant du siège.

OBS. XXXIX. — Andrée A...

Née le 14 octobre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de 3 mois passés (14 novembre 1932-18 janvier 1933).

Nous n'avons eu aucun renseignement sur la naissance de l'enfant et sur sa famille; elle a été abandonnée à l'âge de 7 jours, le 21 octobre 1932, pesant alors 2 kg. 690 et mesurant 47 cm.; il s'agissait donc d'un nourrisson prématuré et débile ne présentant à l'examen complet aucun signe particulier. Sa croissance fut très satisfaisante à l'Hospice.

L'enfant arrive à Antony à 1 mois le 14 novembre 1932, pesant 3 kg. 520. On note à ce moment l'existence d'un crâniotabès pariétal droit étendu.

L'enfant est alimentée à son arrivée avec 2 biberons de lait de femme, 3 biberons de babeurre et 2 biberons de lait condensé; le lait de femme, puis le babeurre sont supprimés assez rapidement et 3 semaines après l'arrivée à Antony, l'enfant est entièrement alimentée avec du lait condensé; sa croissance est satisfaisante, les selles sont normales, l'enfant n'a eu jusque-là que quelques vomissements sans importance.

Le 21 décembre 1932, à 2 mois 7 jours, on commence l'adaptation progressive au lait ordinaire qui ne sera terminée que le 16 janvier, à l'âge de 3 mois; quelques vomissements sont encore survenus au début de cette adaptation et ont nécessité la prescription de comprimés de gardénal pendant plusieurs jours (2 cg. par jour); les selles sont toujours restées normales.

Vers le 15 décembre, à l'âge de 2 mois, alors que l'enfant était alimentée exclusivement avec du lait condensé, apparaît un érythème du siège, du type intertrigo, peu étendu, localisé à la région péri-anale et aux fesses; on note en même temps sur les joues l'apparition de rougeurs rappelant un début d'eczéma.

Quelques jours plus tard, au moment du début d'adaptation au lait ordinaire, l'érythème fessier prend rapidement de l'extension : il s'étend à la région vulvaire et pubienne, aux plis génito-cruraux et inguinaux, à la face postéro-interne des cuisses et atteint les creux poplités; il est rouge intense, limité par une collerette de desquamation épidermique et quelques points érythémateux isolés se voient au voisinage et en dehors de cette limite. Les rougeurs du visage persistent avec tendance légère à l'extension. Il apparaît un peu d'intertrigo au niveau des plis latéraux du cou et dans les aisselles.

L'érythème intertrigo du siège tend encore à s'étendre et envahit les jours suivants la partie supérieure des mollets.

Le seul traitement local qui ait été fait a consisté à mettre de la pâte à l'eau sur les diverses localisations de l'intertrigo, l'aspect eczémateux des lésions, d'ailleurs minimes, de la face, a fait tenter un traitement par l'extrait thyroïdien (1 à 4 mmgr. par jour) qui est resté sans résultat.

La croissance, normale au début du séjour à Antony, est restée nulle pendant une semaine, du 5 au 12 décembre, au moment des premiers vomissements et d'une vaccine concomitante, puis elle a repris normalement jusqu'au moment précis de l'extension de l'érythème du siège.

A partir de ce moment, malgré la persistance de l'appétit, l'augmentation de la teneur en lait des biberons et l'absence de troubles digestifs, le poids est resté rigoureusement stationnaire aux alentours de 4 kg. 320, avec de très faibles oscillations, et ce jusqu'au départ de l'enfant.

Un certain degré d'anorexie s'étant manifesté au début de janvier, quelques injections de sulfarsénol à petites doses (en tout 7 cg.), ont été faites, qui n'ont amélioré ni l'appétit, ni la croissance, pas plus que ne l'avait fait quelques jours auparavant l'extrait thyroïdien.

L'adaptation au lait de vache ne s'en est pas moins poursuivie jusqu'à son terme.

Une otite droite est survenue le 28 décembre sans la moindre élévation thermique; l'écoulement a persisté jusqu'au départ de l'enfant.

La température de l'enfant est restée constamment normale.

Le crâniotabès noté à l'arrivée avait presque complètement disparu au départ de l'enfant. La vaccination antivariolique, pratiquée le 4 décembre, a évolué normalement; c'est à son décours que les lésions cutanées sont apparues.

L'arrêt complet de la croissance, l'hypotrophie de l'enfant, la persistance des lésions cutanées, de l'existence d'une otite ont fait décider le passage de l'enfant, le 18 janvier 1933, à l'âge de 3 mois, dans le service des enfants débiles (4 kg. 320).

Les lésions cutanées y ont persisté encore quelques temps puis se sont améliorées pour disparaître vers l'âge de 4 mois 1/2, la croissance ayant repris normalement un peu auparavant.

*
**

Obs. XL. — Marcelle G...

Née le 9 octobre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 5 semaines à l'âge de 4 mois (18 novembre 1932-6 février 1933).

L'enfant, née à 8 mois, pesait 2 kg. 600 à la naissance; elle a été nourrie au sein jusqu'à son abandon, à l'âge de 10 jours.

On n'a pu recueillir aucun renseignement sur les antécédents héréditaires.

Au moment de l'abandon, le poids de l'enfant était de 2 kg. 850 et sa taille de 49 cm.; il s'agirait donc bien d'une enfant débile légèrement pré-

maturée. L'examen n'a permis de déceler qu'une rate perceptible à la palpation, peu augmentée de volume et de consistance normale.

L'enfant arrive à Antony à l'âge de 5 semaines pesant 3 kg. 820; on ne note à ce moment rien de particulier.

L'enfant est alimentée à son arrivée avec 2 biberons de lait de femme, 3 biberons de babeurre et 2 biberons de lait condensé; le lait de femme, puis le babeurre sont supprimés rapidement et à partir de l'âge de 7 semaines, l'enfant est alimentée exclusivement avec du lait condensé; quelques vomissements et quelques selles glaireuses ou mal digérées sont notés à cette époque sans nécessiter d'autre traitement que quelques comprimés de 1 cg. de gardénal (2 par jour).

L'adaptation au lait ordinaire commence le 17 décembre, à 2 mois 8 jours, pour se terminer le 2 janvier 1933. Aucun trouble digestif ne survient pendant cette période ni pendant le reste du séjour à Antony.

Vers le 9 décembre 1932, à l'âge de 2 mois exactement, alors que l'enfant est exclusivement alimentée avec du lait condensé, apparaît un érythème du siège, du type intertrigo, d'abord peu étendu, qui atteint ensuite toute la région fessière et génito-crurale; en même temps, on note un léger érythème localisé aux joues qui reste très discret. Mais l'érythème du siège et l'érythème des joues ont pour particularité de persister sans beaucoup se modifier jusqu'au départ de l'enfant qui a lieu à l'âge de 4 mois. Le seul traitement institué a consisté à appliquer de la pâte à l'eau sur les lésions cutanées.

La croissance a été normale en tous points, hormis un ou 2 paliers transitoires sans importance; le poids qui était de 4 kg. 050 à l'âge de 6 semaines a atteint 5 kg. 400 à 3 mois 1/2 et 5 kg. 620 au moment de son départ.

Une otite droite est survenue le 22 décembre 1932, peu avant l'âge de 2 mois 1/2 après une petite élévation thermique à 37°8; elle a persisté pendant le reste du séjour de l'enfant.

La température de l'enfant est restée presque constamment normale, à part le petit clocher signalé ci-dessus et une période d'une dizaine de jours (1^{er} au 10 janvier 1933) pendant laquelle elle a été un peu plus élevée que normalement sans dépasser toutefois 37°5.

La vaccination antivariolique a été pratiquée le 4 décembre 1932; elle a évolué normalement les jours suivants. C'est au début de son évolution que sont apparues les lésions cutanées du siège et de la face.

Le bon état général de l'enfant et sa croissance normale ont permis, malgré la persistance des lésions érythémateuses, d'ailleurs peu étendues, du siège et de la face, et malgré la persistance de l'otite, de l'envoyer à la campagne le 6 février 1933, à l'âge de 4 mois, ne présentant par ailleurs rien de particulier.

OBS. XLI. — Antonia P...

Née le 18 octobre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 6 semaines à l'âge de 3 mois (6 décembre 1932-14 janvier 1933).

L'enfant, placée en dépôt à l'Hospice à l'âge de 25 jours, est arrivée sans le moindre renseignement sur sa naissance et ses antécédents; elle pesait alors 3 kg. 050 et mesurait 50 cm., ce qui semble indiquer un certain degré de prématuration et de débilité congénitale; elle ne présentait rien de particulier à l'examen.

L'enfant arrive à Antony à l'âge de 6 semaines pesant alors 3 kg. 680; son examen est en tous points normal à part l'insuffisance pondérale.

L'enfant est alimentée à son arrivée avec 2 biberons de lait de femme, 4 biberons de babeurre et 1 biberon de lait condensé; le lait de femme et le babeurre sont rapidement supprimés et dès le 21 décembre, l'enfant est exclusivement alimentée avec du lait condensé. On commence presque aussitôt, dès le 24 décembre, l'adaptation progressive au lait ordinaire, qui est terminée le 9 janvier.

Quelques selles mal digérées ou liquides, un vomissement sont notés à ce moment qui précède de peu la remise de l'enfant à la mère.

Le 30 décembre, quelques jours avant 2 mois 1/2 apparaît un léger érythème intertrigo du siège qui s'étend peu à peu les jours suivants, surtout lorsque apparaissent les légers troubles digestifs signalés ci-dessus; il persiste à la sortie de l'enfant atteignant à ce moment la partie supérieure des cuisses et les plis génito-cruraux et inguinaux. Le seul traitement institué a consisté à appliquer localement de la pâte à l'eau.

La croissance de l'enfant, très rapide au début de son séjour à Antony, a été très régulière jusqu'au moment de son départ, départ d'ailleurs un peu prématuré, puisque de légers troubles digestifs survenus les jours précédents avaient provoqué une chute de poids de 50 gr. au départ (4 kg. 750 à 3 mois).

Il n'y a eu aucune infection concomitante; l'enfant a quelque peu toussé pendant son séjour sans présenter de signes nets de bronchite ou de rhino-pharyngite.

La température de l'enfant a toujours été normale.

La vaccination jennérienne, pratiquée le 30 décembre 1932, a été négative.

L'enfant a été reprise par sa mère à l'âge de 3 mois, présentant un érythème intertrigo du siège assez peu étendu, mais persistant depuis plus de deux semaines.

*
**

OBS. — XLII. — Robert M...

Né le 3 novembre, a séjourné à Antony de l'âge de 5 semaines à l'âge de 3 mois 1/2 (8 décembre 1932-17 février 1933).

On n'a pu recueillir aucun renseignement sur la naissance et les antécédents de l'enfant, si ce n'est qu'il était au sein au moment de son abandon à l'Hospice le 14 novembre 1932, à l'âge de 11 jours. Il pesait 2 kg. 800 et mesurait 47 cm.; il s'agissait donc d'un prématuré débile; il était alors porteur d'un gros érythème intertrigo du siège et du scrotum.

L'enfant est envoyé à Antony le 8 décembre; il pèse alors 3 kg. 310, l'érythème fessier et scrotal a disparu à ce moment; l'enfant ne présente rien de particulier à l'examen.

A l'arrivée, l'enfant est alimenté avec 2 biberons de lait de femme, 2 biberons de babeurre et 3 biberons de lait condensé; quelques selles mal digérées sont notées au début de son séjour, mais elles sont sans importance; le lait de femme, après le babeurre disparaît bientôt du régime de l'enfant qui est alimenté exclusivement avec du lait condensé à partir du 23 décembre.

Quelques jours plus tard, surviennent des troubles digestifs assez importants : vomissements, selles liquides et nombreuses qui obligent à remettre l'enfant complètement au lait de femme, après une période de courte durée à la diète hydrique et à lui donner une potion au benzo-naphtol et au sous-nitrate de bismuth et du gardénal (deux comprimés par jour); quelques injections de 40 cc. de sérum glucosé sont également prescrites.

Les troubles digestifs cessent rapidement et l'enfant est remis en quelques jours au lait condensé. Mais un léger érythème du siège a fait son apparition lors de la diarrhée et a peu à peu gagné en étendue sur le siège et a atteint le scrotum; il est traité uniquement par la pâte à l'eau.

Il persistera dès lors sans modifications pendant plus de six semaines. L'adaptation au lait ordinaire se fait pendant ce temps sans le moindre incident digestif.

La croissance, à part une chute de poids de 400 gr. en 6 jours, au moment des troubles digestifs signalés, a toujours été très régulière et suffisante.

Aucune infection concomitante n'a été notée.

La température de l'enfant a toujours été normale.

La vaccination antivariolique pratiquée le 11 janvier a été négative.

L'enfant a été envoyé en agence à l'âge de 3 mois et demi pesant alors 4 kg. 730 et présentant toujours un érythème intertrigo fessier et scrotal.

*
**

OBS. XLIII. — Christian H...

Né le 23 octobre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 2 mois 20 jours à l'âge de 4 mois moins 6 jours (12 décembre 1932-17 février 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à terme; le poids de naissance n'est pas indiqué; il a été nourri au sein pendant 15 jours, puis au lait condensé jusqu'à son abandon qui a eu lieu le 2 décembre 1932

à l'âge de 2 mois 10 jours. A ce moment, le poids était de 3 kg. 900 et la taille de 50 cm. seulement, ce qui permet de penser que l'enfant est né avant terme; il présente un érythème intertrigo du siège dont on ignore la date de début.

L'enfant arrive à Antony le 12 décembre 1932; il pèse alors 4 kg. 460 et présente un érythème du type intertrigo, très étendu sur le siège, le scrotum et la face postéro-interne des cuisses.

L'enfant est alimenté au moment de son arrivée avec du lait condensé; il présente à ce moment un ou deux vomissements et une selle glaireuse par jour pendant deux à trois jours, puis il en présente à nouveau du 21 au 24 décembre; on n'en commence pas moins l'adaptation au lait ordinaire le 28 décembre; mais le 1^{er} janvier et les jours suivants, l'enfant a des troubles digestifs plus importants nécessitant la prescription de gardénal, de benzonaphtol et de sous-nitrate de bismuth, et la remise au lait condensé exclusif.

Quelques vomissements et des selles mal digérées, muco-grumeleuses se produisent encore une fois un peu plus tard (11 au 17 janvier), alors que l'adaptation au lait ordinaire est reprise depuis le 11; cette fois elle peut être conduite jusqu'à son terme le 28 janvier 1933.

L'érythème intertrigo du siège, du scrotum et des cuisses qui existait déjà à l'entrée a persisté pendant toute la durée du séjour de l'enfant à Antony avec quelques améliorations tant dans l'étendue que dans l'intensité de l'érythème suivies d'aggravations, celles-ci survenant surtout au moment des troubles digestifs.

L'intertrigo du siège s'est notamment étendu à la région pubienne et il existe au-dessus de sa limite à ce niveau de petits placards érythémateux disséminés sur la partie inférieure de la partie abdominale.

Peu avant le départ de l'enfant apparaît un léger intertrigo cervical bilatéral qui persiste jusqu'à sa sortie du service. Le seul traitement des lésions cutanées a été la pâte à l'eau.

La croissance a été troublée au moment des troubles digestifs des premiers jours de janvier où s'est produite une chute de poids de 250 gr. suivie d'une période de trois jours de poids stationnaire (4 kg. 450 à 2 mois 1/2); pour stimuler la reprise de poids, quelques injections de sulfarsénol (en tout 12 cg.) ont été faites à ce moment et la croissance a repris son cours régulier jusqu'au départ de l'enfant (5 kg. 300 à 4 mois moins 6 jours).

Aucune infection concomitante n'a été notée.

La température a toujours été normale, sauf du 1^{er} au 4 janvier, au moment des troubles digestifs où elle a atteint le 1^{er} jour 38°2 pour descendre ensuite en lysis.

La vaccination jennérienne, pratiquée le 30 décembre, a évolué normalement immédiatement après l'amélioration des troubles digestifs des tout premiers jours de janvier.

L'enfant, étant donné son état général et sa croissance régulière, a pu être envoyé à la campagne malgré la persistance, au moment de son dé-

part, de l'érythème intertrigo du siège, des cuisses, du scrotum et de la partie inférieure de l'abdomen et malgré l'apparition récente de l'intertrigo du cou.

**

OBS. XLIV. — Marie V...

Née le 6 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 5 semaines à l'âge de 2 mois 1/2 (12 décembre 1932-18 janvier 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait née à terme; son poids de naissance n'a pas été indiqué. Elle a été nourrie au sein jusqu'au moment de son abandon à l'Hospice à l'âge de 25 jours. le 1^{er} décembre 1932. Son poids était alors de 3 kg. 300, sa taille, de 50 cm., ce qui semble indiquer un certain degré de prématuration.

Elle présentait à ce moment des séquelles d'érythrodermie et de desquamation physiologiques, un ombilic non cicatrisé et un érythème intertrigo du siège.

L'enfant est envoyée à Antony le 12 décembre 1932; elle pèse alors 3 kg. 650, présente une petite hernie ombilicale, un érythème intertrigo assez étendu sur le siège et un peu d'érythème des joues rappelant un début d'eczéma.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 1 biberon de lait de femme, 3 biberons de lait condensé et 3 biberons de babeurre; le lait de femme, puis le babeurre sont rapidement supprimés et le lait condensé est la seule alimentation de l'enfant à partir du 26 décembre.

Des selles muco-grumeleuses ou liquides ont existé pendant la majeure partie du séjour de l'enfant avec parfois des vomissements ayant nécessité la prescription de gardénal.

Les vomissements persistant et s'accompagnant au début de janvier d'anorexie, on prescrit à ce moment des injections de sulfarsénol à petites doses (en tout 9 cg.) et des gouttes de lactate d'hydrargyre au millième, malgré la persistance de selles muco-grumeleuses d'ailleurs peu nombreuses (3 fois 9 gouttes par jour de lactate).

L'anorexie n'est que peu modifiée, mais les vomissements cessent.

L'érythème du siège qui existait à l'arrivée de l'enfant a persisté sans modifications pendant la durée de son séjour, par contre, l'érythème des joues a rapidement disparu.

La croissance de l'enfant a été normale pendant une dizaine de jours, puis l'anorexie s'installant, le poids est resté stationnaire à 4 kg. pendant deux semaines pour augmenter lentement à nouveau au moment des injections de sulfarsénol et des gouttes de lactate d'hydrargyre. L'enfant ne pèse que 4 kg. 080 à son départ.

Aucune infection concomitante n'a été notée.

La température de l'enfant a toujours été normale.

La vaccination antivariolique, pratiquée le 30 décembre 1932 a été négative.

La persistance de l'anorexie, l'apparition de pâleur, l'hypotrophie de l'enfant, le font envoyer au service des nourrissons débiles le 18 janvier 1933 alors que son érythème du siège persistait depuis l'arrivée.

**

OBS. XLV. — Jacqueline R...

Née le 9 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 6 semaines à l'âge de 4 mois (24 décembre 1932-7 mars 1933).

L'enfant, d'après les renseignements fournis au moment de l'abandon le 26 novembre 1932, à 17 jours. serait née à terme pesant 3 kg. 250 et aurait été alimentée au lait condensé depuis la naissance; aucun renseignement sur la famille.

A 17 jours l'enfant pèse 3 kg. 600; on ne note rien de particulier.

Elle est envoyée à Antony à l'âge de 6 semaines; elle pèse alors 4 kg. 120, présente de l'occlusion nasale et un érythème intertrigo intense et étendu sur le siège, la région vulvaire et la partie supérieure des cuisses ainsi que sur les plis génito-cruraux et inguinaux.

L'enfant, à son arrivée à Antony est alimentée exclusivement avec du babeurre; on le remplace rapidement par du lait condensé, mais des troubles digestifs consistant en selles glaireuses ou muco-grumeleuses surviennent qui nécessitent un allaitement mixte babeurre-lait condensé et une potion au benzonaphtol et au sous-nitrate de bismuth ainsi que quelques injections de sérum glucosé.

On revient très rapidement au lait condensé exclusif et on commence le 28 janvier 1933 l'adaptation au lait ordinaire qui se poursuit jusqu'au 20 février 1933; l'enfant est dès lors au lait ordinaire jusqu'à son départ.

L'érythème fessier qui existait à l'arrivée de l'enfant a persisté pendant tout son séjour, augmentant d'intensité à l'occasion des troubles digestifs signalés ci-dessus, mais conservant constamment à peu près la même étendue; au départ de l'enfant, il apparaît comme devant s'améliorer prochainement; la peau est sèche, fine et plissée. Le traitement a consisté en applications de pâte à l'eau, parfois de pommade à l'oxyde de zinc ou de pommade à l'ictyol qui n'ont pas amené de résultats bien nets.

La croissance a été irrégulière au moment des troubles digestifs du début de janvier, puis elle a été très satisfaisante après leur guérison pour devenir très lente et insuffisante dès le début de l'adaptation au lait ordinaire, puis nulle pendant les 15 derniers jours du séjour de l'enfant à Antony (4 kg. 920 à 2 mois 1/2, 4 kg. 950 à 3 mois, 5 kg. à 4 mois).

L'enfant a eu une otite droite le 20 janvier, puis une otite double le 22 qui ont persisté une vingtaine de jours puis ont disparu.

Une bronchite légère est survenue à la même époque et n'a duré que quelques jours.

La température de l'enfant a été constamment normale, sauf au début de l'otite où elle a atteint une fois 37°9.

La vaccination antivariolique pratiquée le 30 décembre 1932 a évolué normalement; c'est pendant son évolution que sont survenus les troubles digestifs signalés ci-dessus.

L'enfant, malgré son poids stationnaire depuis 6 semaines et la persistance d'un érythème intertrigo étendu sur le siège et les cuisses, d'ailleurs en voie d'amélioration, a été envoyée à la campagne à l'âge de 4 mois étant donné son bon état général.

*
**

OBS. XLVI. — Jean R...

Né le 24 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de 5 semaines à l'âge de 3 mois 1/2 (28 décembre 1932-7 mars 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à terme pesant 3 kg. 200 et aurait été alimenté au sein depuis la naissance jusqu'à son abandon à l'Hospice le 5 décembre 1932 à l'âge de 12 jours; aucun renseignement n'a été fourni sur la famille.

Lors de l'abandon, l'enfant pesait 3 kg. et mesurait 50 cm.; on n'a rien noté de particulier.

L'enfant est envoyé à Antony le 28 décembre 1932; il pèse alors 3 kg. 920, présente un peu d'occlusion nasale, de l'œdème des bourses avec le testicule gauche légèrement augmenté de volume et un léger érythème intertrigo du siège et du scrotum.

L'enfant à son arrivée, est alimenté avec 1 biberon de lait de femme, 4 biberons de babeurre, et 2 biberons de lait condensé; le lait de femme, puis le babeurre, sont rapidement supprimés et l'enfant est entièrement alimenté avec du lait condensé à partir du 14 janvier 1933. Quelques vomissements et selles muco-grumeleuses surviennent à ce moment sans revêtir le moindre caractère de gravité.

L'adaptation au lait ordinaire commence le 1^{er} février pour être terminée le 20 sans le moindre incident.

L'érythème intertrigo fessier et scrotal noté à l'arrivée a persisté pendant tout le séjour de l'enfant sans présenter de grandes variations; au moment du départ, il intéresse le siège, le scrotum, la verge et la partie toute supérieure des cuisses; quelques jours auparavant il avait beaucoup diminué d'étendue pour reprendre à nouveau de l'extension.

La croissance a été satisfaisante dans l'ensemble mais cependant un peu irrégulière avec d'assez nombreux plateaux ou crochets sur la courbe.

Une otite droite est survenue le 11 janvier; elle n'a coulé que quatre jours; les deux oreilles ont été ensuite douloureuses pendant quelques jours du 17 au 19 janvier, mais un très léger écoulement a été seulement noté du côté droit à cette dernière date.

La température, normale d'une façon générale, a été élevée pendant quatre jours du 17 au 21 janvier, au moment où les oreilles étaient douloureuses et où se produisit la seconde otite droite; elle atteint 39° le premier jour pour descendre en lysis les jours suivants.

La vaccination jennérienne, pratiquée le 11 janvier, a été négative.

L'enfant a pu être envoyé en agence malgré son érythème fessier et scrotal persistant à cause de son bon état général (5 kg. à 3 mois 1/2).

*
**

OBS. XLVII. — Juliette C...

Enfant jumelle, née le 1^{er} janvier, a séjourné à Antony de l'âge de cinq semaines à l'âge de trois mois sept jours (7 février au 8 avril 1935), voir Obs. XII.

L'enfant est issue d'une grossesse gemellaire dont les deux enfants étaient de même sexe; elle serait née à 8 mois, pesant 2 kg. 530 et aurait été nourrie au sein jusqu'à son abandon à l'Hospice à l'âge de 17 jours.

A ce moment, elle pèse 2 kg. 600 et mesure 48 cm.; il s'agit donc d'une enfant jumelle prématurée et débile. On ne note rien de particulier à son examen.

Elle est envoyée à Antony à l'âge de 5 semaines, pesant 3 kg. 200; elle ne présente non plus rien de particulier à ce moment.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimentée avec 3 biberons de lait de femme et 4 de babeurre; le lait condensé est commencé quelques jours plus tard, puis le lait de femme d'abord, le babeurre ensuite sont supprimés; le lait condensé est l'aliment exclusif à partir du 4 mars.

Des troubles digestifs consistant en vomissements, anorexie, selles muco-grumeleuses surviennent un peu après 2 mois 1/2, le 21 mars et les jours suivants; on met alors l'enfant à l'allaitement mixte lait de femme-babeurre; les troubles digestifs cessent rapidement, mais l'adaptation au lait ordinaire n'est pas tentée.

Indemne de tout érythème fessier à son arrivée, l'enfant a commencé à présenter un léger intertrigo péri-anal à l'âge de 2 mois, qui s'est à peine étendu par la suite, mais qui a persisté jusqu'au départ de l'enfant; c'est à peine s'il s'est étendu au moment des troubles digestifs; il est rapidement devenu sec et de couleur pâle. Un léger intertrigo axillaire droit et rétro-auriculaire bilatéral est apparu au décours des troubles digestifs le 28 mars; il a persisté les jours suivants.

La croissance de l'enfant a été très satisfaisante jusqu'au 14 mars, puis l'enfant a perdu du poids jusqu'au changement de régime survenu le 24 à cause des troubles digestifs signalés ci-dessus (3 kg. 750 le 24 mars); le poids est resté stationnaire pendant quelques jours, puis la croissance a repris, améliorée par quelques injections de sulfarsénol (en tout 7 cg.) : 4 kg. 080 le 7 avril à 3 mois 6 jours.

L'enfant, qui toussait un peu lors de son arrivée, a continué, quoique

apyrétique, à tousser de plus en plus les jours suivants avec une auscultation normale; le 24 février on constate l'existence d'une bronchite diffuse bilatérale et on prescrit quelques injections de vaccin de Weil et Dufourt. La bronchite persiste encore une quinzaine de jours, s'accompagne alors de fièvre, et disparaît (physisthénine, eucalyptine, propidon). C'est à son déclin que surviennent des troubles digestifs et l'amaigrissement qui les avaient précédés de quelques jours.

La température a été élevée à deux reprises, d'une part du 1^{er} au 14 mars pendant la bronchite (39°5 au début, 38° les jours suivants), d'autre part, au moment des troubles digestifs (38° au maximum).

La vaccination jennérienne n'a pas été pratiquée.

L'enfant est envoyée à l'âge de 3 mois passés, dans le service des nourrissons débiles à cause de son hypotrophie marquée, de la persistance de la toux sans qu'il y ait d'ailleurs de signes d'auscultation et de la persistance d'un certain degré d'occlusion nasale. Les lésions cutanées, d'ailleurs minimes, signalées plus haut, persistent; il existe un craniotabès pariéto-occipital bilatéral étendu, surtout du côté droit.

La gémellité du même sexe, l'occlusion nasale, l'hypotrophie, celle-ci pouvant d'ailleurs s'expliquer par les troubles digestifs et respiratoires présentés par l'enfant, peuvent faire penser à la possibilité d'une syphilis congénitale (?)

*
**

OBS. XLVIII. — Yvette L...

Née le 7 novembre 1932, a séjourné à Antony de l'âge de trois mois à l'âge de quatre mois 9 jours (6 février au 16 mars 1933).

L'enfant, dont la mère est hospitalisée, est admise comme dépôt à l'Hospice le 7 janvier 1933 à l'âge de deux mois, sans aucun renseignement sur ses antécédents.

Elle pèse alors 2 kg. 800 et mesure 54 cm. 5; elle présente donc un état d'hypotrophie marqué. On note à ce moment qu'elle est pâle et que sa rate est accessible à la palpation.

On l'envoie à Antony à l'âge de 3 mois; elle pèse alors 4 kg. 450, son examen est normal à part l'hypotrophie qui a d'ailleurs considérablement diminuée.

L'enfant est alimentée à son arrivée à Antony avec du lait condensé; l'adaptation au lait ordinaire commence aussitôt, étant donné son âge. Cette adaptation se poursuit sans incident jusqu'à son terme le 22 février. Aucun trouble digestif n'a été noté pendant le séjour de l'enfant.

Un érythème intertrigo du siège, peu étendu, fait son apparition le 28 février alors que l'enfant est au lait ordinaire depuis une semaine; il persiste les jours suivants puis s'étend vers la région vulvaire et la face postéro-interne des cuisses dans leur tiers supérieur, peu avant le départ de l'enfant.

La croissance de l'enfant a été dans l'ensemble assez régulière, mais un peu lente (4 kg. 950 à 4 mois 9 jours).

Aucune infection concomitante n'est survenue.

La température a toujours été normale.

La vaccination antivariolique n'a pas été pratiquée.

L'enfant a été rendu à la mère présentant l'érythème intertrigo du siège décrit ci-dessus, un léger crâniotabès pariéto-occipital droit et de l'occlusion nasale datant seulement de quelques jours.

Obs. XLIX. — Claude C...

Né le 23 janvier 1933, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de 3 mois (25 février au 20 avril 1933).

L'enfant a été abandonné à l'hospice avec le seul renseignement qu'il avait été jusque-là nourri au sein. Il était alors âgé de 14 jours (5 février 1933), pesait 2 kg. 800 et mesurait 48 cm. 1/2, il s'agissait donc vraisemblablement d'un prématuré débile; on note à ce moment l'existence d'un ictère physiologique et d'un vaccin jennérien en évolution. L'enfant est envoyé à Antony à l'âge de un mois; il pèse alors 3 kg. 510, présente une petite hernie ombilicale et une très petite hydrocèle gauche.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec 2 biberons de lait de femme, 3 biberons de babeurre et 2 biberons de lait condensé; le lait de femme puis le babeurre sont successivement supprimés et le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 13 mars.

L'adaptation au lait ordinaire commence le 25 mars pour se terminer le 12 avril. Aucun trouble digestif n'a été noté pendant le séjour de l'enfant.

Un très léger érythème péri-anal localisé est apparu le 4 mars et a persisté pendant 2 semaines environ sans se modifier; il s'est, vers le 18 mars, étendu au scrotum; il a alors nettement le type de l'érythème intertrigo après avoir été jusque-là plutôt vésiculeux.

Un soupçon de séborrhée apparaît sur le cuir chevelu à la partie postéro-supérieure du crâne.

A la fin de mars, l'érythème est nettement en régression; la séborrhée a disparu. Le 8 avril l'érythème fessier et scrotal a presque disparu (2 mois et demi); il disparaît complètement les jours suivants.

La croissance, satisfaisante dans l'ensemble, a présenté quelques paliers sans importance (4 kg. 710 le 18 avril).

L'enfant a été porteur de bacilles diphtériques moyens dans le nez du 22 mars au 6 avril; il n'y a cependant pas eu de coryza. La désinfection a été obtenue par l'acétylarsan nasal.

La température de l'enfant a été constamment normale.

L'hydrocèle gauche, qui existait à l'entrée, a considérablement augmenté pendant le séjour de l'enfant, est restée très grosse jusqu'au 1^{er} avril, puis a nettement rétrogradé.

L'enfant a pu partir en agence, guéri de son érythème fessier et ne présentant plus qu'une légère hydrocèle gauche.

*
**

Obs. L. — Auguste T...

Né le 6 février 1933, a séjourné à Antony de l'âge de 1 mois à l'âge de 2 mois 1/2 passés (7 mars au 24 avril 1933).

L'enfant, d'après les renseignements, serait né à terme et alimenté depuis la naissance au lait condensé; la mère est décédée d'infection puerpérale. Le poids de naissance de l'enfant n'a pas été indiqué.

L'abandon à l'Hospice a lieu le 20 février 1933, à l'âge de 14 jours; l'enfant, à ce moment, pèse 3 kg. 500 et mesure 50 cm.; il présente un restant d'érythrodermie et de desquamation physiologiques, de la mammite, une petite hernie ombilicale et un léger érythème du type intertrigo au niveau du siège et du scrotum.

L'enfant est envoyé à Antony à un mois; il présente alors un testicule gauche un peu plus gros que le droit et toujours un léger érythème intertrigo fessier et scrotal; il pèse 3 kg. 780.

A son arrivée à Antony, l'enfant est alimenté avec 2 biberons de lait de femme, 2 biberons de babeurre et 3 biberons de lait condensé. Le lait de femme, très rapidement, puis le babeurre, sont supprimés et le lait condensé devient l'aliment exclusif à partir du 22 mars, à l'âge de 6 semaines.

Quelques jours plus tard, le 29 mars, commence l'adaptation au lait ordinaire qui se terminera le 15 avril. Aucun trouble digestif n'est survenu pendant le séjour de l'enfant.

L'érythème qui existait à l'arrivée de l'enfant, sur le siège et le scrotum, s'est étendu vers le 17 mars de façon à occuper le siège, le scrotum, les plis génito-cruraux et inguinaux et la totalité de la face postérieure des cuisses jusqu'aux creux poplités; il est rouge intense limité par un bord net.

Les jours suivants, l'érythème continue à s'étendre et atteint bientôt la partie moyenne puis la partie inférieure des mollets.

Il reste ensuite stationnaire quelque temps, puis la peau pâlit, sèche, se plisse au début d'avril.

Enfin, l'érythème disparaît complètement vers le 15 avril. Le traitement local a consisté à appliquer de la pâte à l'eau, puis de la pommade à l'ichtyol.

La croissance, à part la première semaine, a toujours été très satisfaisante et très régulière (5 kg. à 2 mois 1/2).

L'enfant a présenté à l'arrivée une rhino-pharyngite avec bronchite

légère sans fièvre, qui a nécessité quelques injections de vaccin de Weill et Dufourt et d'eucalyptine; la toux a persisté assez longtemps.

La température a toujours été normale.

La vaccination antivariolique n'a pas été pratiquée.

L'enfant a été envoyé en agence à 2 mois 1/2 en parfait état général et cutané.

Des examens bactériologiques ont pu être pratiqués par M. Donato, le 2 avril 1933. Les selles, à réaction acide, ont montré une flore prédominante gram positif, à l'examen direct et après culture, avec l'entérocoque dans la proportion de 75 %.

On a noté de rares sarcines, et la présence de levures.

L'examen des squames a montré l'entérocoque dans la proportion de 80 %. On n'a pas noté de colibacilles. On a noté des bacilles, du type coli-aérogènes (10 %).

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

Nous allons successivement passer en revue les différents symptômes cutanés qui ont caractérisé la maladie dans les cas que nous venons de rapporter: l'érythème fessier, la séborrhée, l'érythrodermie desquamative et l'intertrigo, puis nous verrons comment ils se sont groupés.

I. — DESCRIPTION DES SYMPTÔMES CUTANÉS.

a) La maladie, dans les 50 observations, a toujours débuté par un ÉRYTHÈME INTERTRIGO DU SIÈGE. Rappelons que l'une des questions soulevées par nous dans l'historique, était précisément la détermination, par une observation rigoureuse, du mode de début de la maladie. Débute-t-elle toujours par cet érythème ou bien est-il possible que celui-ci soit précédé par l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu? Ici, les enfants ayant été l'objet d'une surveillance minutieuse, les débuts de la maladie ont pu être observés dans des conditions particulièrement favorables: 26 cas ont débuté à la pouponnière même, les 24 autres sont arrivés présentant déjà un érythème fessier qui avait débuté ailleurs, mais dont l'évolution ultérieure a pu être suivie en entier à la pouponnière.

L'âge moyen des nourrissons affectés par l'érythème était de 2 mois au début de l'érythème. Le plus jeune avait 6 semaines, le plus âgé 3 mois et demi. Un cas débuta à 3 mois. Dans l'en-

semble, la maladie a évolué notablement plus tard que dans les cas observés depuis cette époque à la consultation du professeur Lereboullet où le début de l'affection a souvent eu lieu dès le premier mois, ou même dès les premières semaines de la vie.

D'abord très localisé, l'érythème intertrigo s'est étendu dans les quelques jours qui ont suivi, ou au contraire seulement après une période assez longue. Mais une fois que l'érythème intertrigo a commencé à s'étendre, il l'a toujours fait très rapidement en même temps qu'il devenait d'une intensité extrême. L'érythème envahit ainsi de proche en proche la région pubienne, la partie inférieure de l'abdomen, les fesses, la région lombaire et surtout la face postéro-interne des membres inférieurs où il atteignit les genoux, les mollets et même les pieds. Il dessinait ainsi un fer à cheval dont la convexité se trouve à la région sacro-lombaire, et les extrémités sur les jambes.

Au niveau de l'érythème, la peau était rouge vif, luisante. Presque toujours, elle était sèche au début, et sans tuméfaction. Les limites de cet érythème étaient très nettes, à contours polycycliques, ou, au contraire, plus ou moins floues, s'estompant peu à peu et se confondant avec la peau saine à la périphérie, la couleur de la peau devenant de plus en plus pâle ; la limite entre la peau malade et la peau saine était souvent difficile à définir avec précision. On a, quelquefois, noté l'existence d'une petite collerette épidermique à la périphérie de l'érythème.

A petite distance de cet érythème, séparés par des intervalles de peau saine plus ou moins étendus, on trouvait parfois des petits placard aberrants, ayant les mêmes caractères que l'érythème du siège, sans véritable parakératose, telle que celle dont nous parlerons en étudiant l'évolution de la maladie.

Presque toujours cet érythème fessier s'est accompagné de fissures localisées dans les plis interfessiers, fessiers, inguinaux et génito-cruraux.

b) LA SÉBORRHÉE DU CUIR CHEVELU ET DE LA FACE, toujours postérieure à l'apparition de l'érythème du siège, a débuté généralement en même temps que l'érythrodermie, elle l'a rarement précédée. Elle fut surtout fronto-pariétale, mais le crâne a été souvent atteint en totalité ; les sourcils, la région intersourcilière et le devant des oreilles n'ont pas été épargnés dans un certain nombre de cas. La séborrhée a souvent envahi le

pourtour des yeux, les ailes du nez et le front. Quelquefois, mais exceptionnellement, cette séborrhée faciale a existé seule, à l'exclusion de la séborrhée du cuir chevelu. La séborrhée s'étendit rarement au loin, descendant alors jusque sur les épaules.

Elle consistait, à ses débuts, en taches érythémateuses de dimensions diverses, s'étendant plus ou moins sur les régions atteintes, et formant parfois de larges nappes rouges non suintantes. Il n'y a jamais eu de vésicules comparables à celles de l'eczéma vrai. Le tout se recouvrit rapidement d'un enduit gras, à contours nets, de couleur brunâtre dont l'épaisseur variait d'une minceur extrême jusqu'à la formation d'une véritable calotte ayant jusqu'à 4 ou 5 mm. d'épaisseur, recouvrant le crâne et cachant les cheveux.

La durée de la séborrhée, d'une façon générale, a été fonction de son intensité. Légère, elle a disparu rapidement et sans difficultés. Epaisse, elle a commencé à rétrocéder à la périphérie. La séborrhée a séché, s'est fissurée, et les placards ainsi formés ont disparu les uns après les autres, en commençant toujours par la périphérie. La dernière région à être libérée a toujours été la région fronto-pariétale, là où, dans les cas limités et peu extensifs, la séborrhée avait son siège de prédilection.

Dans les cas peu intenses et peu étendus, la séborrhée du cuir chevelu a rétrocéde en même temps que l'érythrodermie ou un peu avant elle. Dans les cas plus marqués, elle a persisté plus longtemps. Enfin, dans les cas sans érythrodermie, elle a duré de 25 jours à 2 mois.

MM. Lereboullet et Bohn ont écrit à propos de la séborrhée : « En aucun cas, nous n'avons noté l'association de lésions d'eczéma vrai et de séborrhée, et aucun des enfants observés par nous n'est devenu ultérieurement un eczémateux ; aussi préférons-nous le terme de séborrhée à celui d'eczéma séborrhéique qui prête à discussion. »

c) L'ÉRYTHRODERMIE DESQUAMATIVE a évolué en entier pendant le séjour des nourrissons à la pouponnière. Elle a présenté des formes variées, essentiellement une *forme généralisée* et une *forme en placards isolés* ; elle a toujours évolué sans vésicules, sans suintement et sans prurit.

1. L'érythrodermie généralisée a quelquefois débuté indépendamment sur le cuir chevelu ou sur le corps, sous forme de placards maculo-érythémateux de dimensions variables qui se sont étendus et sont rapidement devenus confluent, en prenant une coloration rouge vif ; plus souvent, l'érythrodermie a été d'emblée généralisée.

Elle a pris, en général, un aspect scarlatiniforme ; il faut noter qu'elle n'a intéressé que les régions indemnes d'érythème fessier ou de séborrhée. La peau est devenue très rouge, d'une rougeur généralisée, confluyente, rugueuse, chaude au toucher. L'érythrodermie a été suivie d'une desquamation qui s'est souvent faite par grands lambeaux, comme dans la scarlatine, mais qui a été aussi plusieurs fois une desquamation plus fine. Les deux variétés de desquamation se sont parfois succédées chez un même nourrisson.

2. Dans l'érythrodermie formée d'éléments isolés, en général assez nettement délimités et entourés parfois d'une petite collerette épidermique, les éléments existaient sur le tronc, en avant et en arrière, sur les membres, surtout à leur racine et également au voisinage des limites de l'érythème fessier. Chaque élément était une macule rouge plus ou moins étendue, ayant de 1 à 4 ou 5 cm. de diamètre. Chacun de ces éléments a desquamé pour son propre compte, la peau demeurant normale entre les différents éléments constituant l'érythrodermie. Ces éléments avaient l'aspect caractéristique de la parakératose psoriasiforme.

Après une durée variable, l'érythrodermie généralisée à type scarlatiniforme ou en placards isolés a pâli progressivement tandis que la desquamation se poursuivait.

L'âge moyen du début de l'érythrodermie a été de 2 mois et 1 semaine, donc une semaine après l'âge moyen du début de l'érythème fessier. On a vu le début se faire une fois chez un nourrisson âgé de 7 semaines, une fois chez un enfant de 3 mois passés. La durée totale de l'évolution de l'érythrodermie a été d'environ 35 jours jusqu'à la fin de la desquamation, avec des durées extrêmes de 25 jours et 2 mois et demi ; trois enfants seulement, sur dix-huit, eurent une érythrodermie desquamative qui dura plus de 6 semaines.

d) L'INTERTRIGO s'est ajouté aux symptômes précédents pour compléter la maladie. Il était localisé dans les plis du cou, en

avant, de côté ou en arrière, sur la nuque, aux aisselles, aux plis des coudes et dans les sillons sus et rétro-auriculaires. Dans tous ces endroits, dans les cas que nous rapportons, il était nettement caractéristique et bien limité au fond des plis. Ces plis étaient rouges, avec, à ce niveau, une fissure linéaire légèrement suintante.

Les intertrigos, avec l'intertrigo du siège, ont souvent persisté plus ou moins longtemps après la disparition de l'érythrodermie et de la séborrhée.

II. — GROUPEMENT DES SYMPTOMES CUTANÉS

Les symptômes précédents : érythème fessier, séborrhée, érythrodermie desquamative et intertrigos se sont trouvés associés dans les 18 observations constituant le premier groupe. C'est *la forme typique complète* de la maladie de Leiner-Moussous dont la description à Antony a été conforme aux descriptions classiques.

Parmi les observations que nous rapportons, on trouve, en outre, des *formes incomplètes*, divisées elles-mêmes en deux groupes principaux. Vingt nourrissons ont présenté un érythème extensif du siège associé à de la séborrhée du cuir chevelu, douze autres ont eu seulement un érythème étendu et persistant du siège. Dans le premier groupe, il y a eu association d'intertrigo du siège et des plis cutanés avec la séborrhée cranio-faciale. Dans l'autre groupe, il n'y eut que de l'intertrigo du siège avec ou sans intertrigo des plis, mais sans séborrhée. Il a, en réalité, existé toute une série de formes de passage entre les différents aspects cliniques que nous avons signalés, mais que l'on a bien été obligés de ranger dans un groupe ou l'autre, d'après la prédominance des symptômes.

Notre maître M. P. Lereboullet, et M. A. Bohn insistent sur l'*existence indéniable de formes incomplètes de la maladie de Leiner-Moussous*. Cette affirmation est basée sur la simultanéité, dans le temps et dans le lieu, des 32 cas de formes incomplètes et de 18 cas d'érythrodermie desquamative typique. Moussous, d'ailleurs, comme nous l'avons signalé dans l'historique, avait déjà observé l'existence de ces formes incomplètes;

ce sont même ces formes incomplètes qu'il a d'abord décrites. Ce n'est qu'en 1908 qu'il décrivit la forme typique complète.

Certaines formes incomplètes ont précédé à Antony l'apparition de la première forme typique, et d'autres sont survenues plus tard. Dans la description de ces cas incomplets, il n'y a rien de particulier à signaler : la description de chaque symptôme reste toujours la même. Ce n'est que par l'absence ou la présence d'un ou de plusieurs symptômes que ces formes incomplètes se distinguent des formes complètes. Nous reparlerons plus loin de ces formes incomplètes au point de vue du diagnostic différentiel et des problèmes diagnostiques qu'elles soulèvent.

III. — TROUBLES DIGESTIFS

L'étude des troubles digestifs qui ont accompagné les symptômes cutanés du syndrome de Leiner-Moussous a donné naissance à plusieurs problèmes que nous avons déjà signalés dans l'historique.

Les troubles digestifs apparaissent-ils avant, pendant ou après les symptômes cutanés ? Y a-t-il une règle précise à ce sujet ?

D'autre part, quels sont ces troubles digestifs ?

Dans la plupart des cas de maladie de Leiner-Moussous rapportés ici, les symptômes intestinaux ont présenté un caractère prandial qui mérite d'être souligné. Les enfants atteints présentaient des « selles anormales, fréquentes, liquides, souvent verdâtres, parfois glaireuses ou muco-grumeleuses, accompagnées parfois de vomissements » (P. Lereboullet et A. Bohn). Ces troubles n'ont jamais duré longtemps ; leur moment d'apparition a été variable. Il est à noter que ces troubles ont surtout sévi tout au début de la maladie, souvent même avant que l'érythème fessier n'ait fait son apparition, ou, au contraire, mais plus rarement, après l'apparition de tous les symptômes de la maladie. Dans quelques observations on a noté l'existence de selles de dyspepsie de lait de vache, dans l'autre de vomissements sans diarrhée.

Le Professeur Lereboullet et M. A. Bohn remarquent en outre :

« *Jamais nous n'avons observé de diarrhée importante, de diarrhée cholériforme avec signes de déshydratation ou d'intoxication.* »

En conclusion, nous ne pouvons pas poser de règle absolue quant à l'apparition et à la durée des troubles digestifs dans la maladie de Leiner-Moussous, ce qui confirme ce que nous avons indiqué dans l'historique, c'est-à-dire les divergences des auteurs sur le sujet. On peut, toutefois, dire, pour les cas que nous citons, que *les troubles digestifs, sans être constants, ont été fréquents mais bénins et caractérisés surtout par de la diarrhée post-prandiale*, ces troubles étant, en général, survenus au début même de la maladie.

Les troubles digestifs ont été mis en cause dans l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Leiner-Moussous. Nous verrons plus loin ce qu'on peut actuellement en penser.

IV. — EVOLUTION DE LA MALADIE

Notre maître M. Lereboullet, et M. A. Bohn insistent spécialement sur le fait qu'à Antony, comme c'est d'ailleurs, d'après leur opinion, le cas habituel, « *la maladie, une fois constituée, a évolué d'une façon cyclique avec tendance très nette à la guérison* ».

La maladie a évolué, dans certains cas, par *poussées successives* pendant une période qui a rarement dépassé 2 à 3 mois. Elle a été notablement plus courte dans la plupart des cas. La guérison est, de toute façon, survenue au plus tard vers l'âge de 4 à 5 mois.

L'ensemble des cinquante cas qui ont débuté, à la fin de 1932, avec l'apparition de la première érythrodermie desquamative le 21 janvier 1933 s'est terminée en avril 1933, le dernier cas complet ayant débuté en mars. Les 18 cas d'érythrodermie desquamative ont donc tous débuté pendant une période de deux mois, allant de la fin janvier à la fin mars.

V. — PRONOSTIC

Parmi les 50 observations d'Antony, on ne relève qu'un décès dû à une broncho-pneumonie tardive qui pourrait, en réalité, être considérée comme un accident indépendant de l'affection cutanée. On peut donc dire que *la maladie de Leiner-Moussous n'a pas été d'un pronostic vital grave* ; nous verrons plus loin que les complications ne doivent pas être, cependant, négligées.

Nous nous retrouvons devant le problème qui divise les auteurs en deux groupes. La maladie par elle-même est-elle grave ou pas ? Comby considère la maladie comme bénigne, quoique susceptible d'entraîner une certaine mortalité, d'environ 10 %. D'autres, au contraire, affirment que la maladie de Leiner-Moussous est d'un pronostic grave.

Le nombre élevé de cas que le Professeur Lereboullet et M. A. Bohn ont eu l'occasion de voir, et qu'ils nous ont permis de rapporter ici, autorise, en présence de l'unique décès constaté, à conclure en faveur de la bénignité de la maladie qui, disons-le encore une fois, *évoluerait, d'après eux, d'une façon cyclique vers la guérison spontanée.*

Signalons que, parmi les nourrissons indemnes de maladie de Leiner-Moussous ayant séjourné au début de 1933 parmi ceux qui en étaient atteints, quatre ont eu une broncho-pneumonie et tous les quatre sont morts, tandis que parmi quatre enfants atteints de maladie de Leiner-Moussous et de broncho-pneumonie, un seul est décédé.

VI. — INFLUENCE DU SEXE

Dans l'ensemble des 50 observations, on trouve 31 filles et 19 garçons, soit 60 % de filles ; la prédominance du sexe féminin est surtout nette dans le groupe I (formes complètes) : 14 filles pour 4 garçons, soit 77 % de filles. Il y a égalité (50 %) dans le groupe II (10 filles et 10 garçons) et un pourcentage de filles à peine supérieur dans le groupe III (7 filles et 5 garçons). Il faut, toutefois, observer que cette prédominance est peut-être

purement occasionnelle puisque à l'époque de ces cas de maladie de Leiner-Moussous, il y avait au premier étage d'Antony un nombre de filles très supérieur à celui des garçons. Notons, en plus, l'existence de deux sœurs jumelles dans nos observations.

VII. — COMPLICATIONS INFECTIEUSES

Pendant toute la durée de la maladie, la *température* a été constamment normale, sauf lorsque des *complications infectieuses* sont venues s'y surajouter.

a) Les *infections cutanées* ont été rares. L'état de la peau, déjà malade, ne semble pas avoir offert une diminution de résistance avec les infections cutanées banales. Les infections observées ont été surtout des pyodermites, relevées dans neuf cas, dont six chez des nourrissons atteints d'érythrodermie desquamative intense.

Il s'est agi le plus souvent de petits abcès sous-cutanés à localisation variable ne dépassant jamais le nombre de trois chez un même enfant. Après une simple incision au vaccinostyle, la guérison est survenue facilement. Dans deux cas, cependant, ces abcès furent plus importants : dans l'un, il s'agissait d'un abcès profond de la région inguino-crurale, dans l'autre d'un abcès de la région péri-anale.

Deux nourrissons atteints d'intertrigo du siège avec séborrhée du cuir chevelu virent évoluer normalement une varicelle.

Le Professeur Lereboullet et M. A. Bohn font spécialement remarquer que dans leur série de 50 cas de maladie de Leiner-Moussous, ils n'ont rencontré aucun cas d'érysipèle ou d'impétigo.

b) *L'infection auriculaire* a été beaucoup plus fréquente que les infections cutanées. Deux enfants seulement sur les 38 compris dans les deux premiers groupes d'observations sont restés indemnes d'otite. L'otite est assez habituelle en temps ordinaire à la pouponnière d'Antony, surtout en hiver, mais jamais elle ne prend une extension comparable à celle des premiers mois

de 1933. L'otite est survenue à des stades différents de la maladie de Leiner-Moussous. Quelques nourrissons en ont vu se manifester les premiers signes en même temps que les signes cutanés de la maladie. Chez d'autres, l'otite n'est apparue qu'à la période d'état. Chez d'autres, enfin, l'otite a été tardive.

Le Professeur Lereboullet et M. A. Bohn rapportent que « la plupart des otites furent bilatérales et ont eu une évolution longue, souvent entrecoupée de phases de rétention avec fièvre, nécessitant des paracentèses successives des tympanes... Il n'y a pas eu de mastoïdite ».

c) Infections respiratoires. — Comme autres complications de la maladie de Leiner-Moussous, on a relevé un certain nombre de rhino-bronchites qui n'ont pas été aussi fréquentes que les otites. Elles n'ont eu aucune gravité particulière et leur apparition n'a été soumise à aucune règle.

Plus importante a été la broncho-pneumonie. Elle a touché quatre nourrissons seulement sur les cinquante, un cas a été mortel. Trois cas sont survenus chez des enfants ayant eu ou ayant de l'érythrodermie desquamative. Un cas a évolué à la période d'état de la maladie, sans être mortel. Les trois autres furent tardifs. Le plus tardif, qui apparut au moment où tous les symptômes cutanés de la maladie étaient en voie de disparition, fut le cas mortel cité ci-dessus. Le Professeur Lereboullet et M. A. Bohn se basant sur la gravité habituelle des infections broncho-pulmonaires chez le nourrisson, estiment que la maladie de Leiner-Moussous n'a pas aggravé leur pronostic. En effet, à la même époque, ils ont observé quatre cas de broncho-pneumonie, tous mortels, survenus parmi les huit nourrissons du premier étage qui étaient restés indemnes de tout symptôme cutané.

La maladie de Leiner-Moussous n'a pas semblé, en somme, prédisposer à la broncho-pneumonie. On ne peut pas, en vérité, juger d'après le nombre peu important de cas de broncho-pneumonie survenus au cours de la maladie de Leiner-Moussous, de l'effet réciproque que ces deux affections peuvent avoir l'une sur l'autre.

Il est à remarquer que les trois enfants atteints de broncho-pneumonie non mortelle n'ont pas eu de suites de maladie plus graves que les autres enfants.

VIII. — LA CROISSANCE

D'une façon générale, la *croissance* des enfants a été nettement troublée pendant la durée de la maladie de Leiner-Moussous. La croissance s'est subitement arrêtée au moment de l'extension de l'érythème du siège et de l'apparition de l'érythrodermie et de la séborrhée, puis, dans la plupart des cas, elle est restée nulle avec de faibles oscillations qui se prolongèrent parfois très longtemps.

Dans plus de la moitié des cas, l'*hypotrophie* a été si accusée qu'à la disparition des symptômes cutanés les nourrissons se trouvèrent dans un état d'hypothrepsie du premier ou du deuxième degré et durent être dirigés sur le service spécial des nourrissons débiles et hypotrophiques. La plupart des enfants présentèrent, de même, un retard pondéral non négligeable, bien que moins inquiétant. Notre maître, M. Lereboullet, et M. A. Bohn suggèrent qu'on pourrait expliquer l'hypotrophie par l'existence d'otites persistantes tenaces mais ils ajoutent néanmoins que jamais au cours de semblables otites observées à d'autres moments à la pouponnière on ne put enregistrer des arrêts de croissance aussi marqués que pendant l'épidémie d'érythrodermie desquamative. Cependant, qu'elle qu'ait été la gravité de l'hypotrophie, les enfants reprirent leur poids normal par la suite, sauf toutefois dans quelques cas où existaient plus ou moins nets des signes de syphilis congénitale. Etant donné l'extrême fréquence de l'hypotrophie consécutive à la maladie de Leiner-Moussous on pourrait presque en faire un des symptômes de cette maladie. Le Professeur Lereboullet et M. A. Bohn ont préféré la ranger parmi les complications, car c'est vraiment plutôt une conséquence de la maladie qu'un symptôme ; c'est la plus importante des complications.

L'hypotrophie, dans un assez grand nombre de cas, s'est accompagnée d'une anémie assez marquée dont on n'a malheureusement pu préciser les caractères hématologiques faute de laboratoire à la pouponnière. Il n'y a pas eu d'évolution de rachitisme au cours ou au décours de l'affection.

IX. — MODE D'ALLAITEMENT
(ALLAITEMENT ARTIFICIEL)

MM. Lereboullet et Bohn ont souligné le fait important que *tous les enfants atteints de maladie de Leiner-Moussous à la pouponnière d'Antony étaient à l'allaitement artificiel*. Nous avons attiré l'attention, dans l'historique, sur l'opinion généralement admise que la maladie de Leiner-Moussous semble frapper spécialement les nourrissons au sein. Nous croyons pouvoir dire, étant donné l'importance des cinquante cas simultanés d'Antony que cette maladie, tant dans ses formes typiques que dans ses formes incomplètes, peut non seulement se rencontrer chez les enfants au sein, mais également chez les enfants à l'allaitement artificiel.

La maladie a débuté chez des enfants nourris au *lait condensé sucré*, parfois un peu plus tardivement chez des enfants dont le régime comprenait 1 ou 2 biberons de lait de vache stérilisé. Rappelons ici, à nouveau, que la pouponnière d'Antony est un centre d'adaptation progressive au lait ordinaire stérilisé.

Il est très intéressant de noter que, parmi les nourrissons du premier étage de la pouponnière qui sont restés indemnes au milieu de cette véritable « épidémie », se trouvaient trois enfants de nourrices mis à l'allaitement mixte, lait maternel-lait condensé. (Ce dernier était de la même marque que celui employé au rez-de-chaussée de la pouponnière.) Il importe d'insister sur le fait que TOUS LES ENFANTS ÉTAIENT A L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL.

X. — EVOLUTION DES 50 CAS DE LA MALADIE DE LEINER-MOUSSOUS
A UN SEUL ÉTAGE DE LA POUPONNIÈRE

L'allaitement artificiel de nos 50 cas de maladie de Leiner-Moussous observés à Antony est une de leurs particularités ; il en est une autre : c'est que TOUS ONT ÉVOLUÉ A UN SEUL ÉTAGE DE LA POUPONNIÈRE, en tous points cependant semblable à première vue à l'autre étage.

XI. — DIFFÉRENCES ENTRE LES DEUX ÉTAGES

Au cours de notre exposé, nous avons déjà indiqué brièvement quelques différences existant entre les deux étages de la pouponnière à l'époque de la maladie que nous décrivons. Nous tenons à les rapporter ici avec plus de détails.

Il faut, tout d'abord, citer les troubles digestifs antérieurs à l'apparition des 50 cas qui nous occupent. Ceux-ci existaient au premier étage depuis longtemps et seulement à cet étage. A l'apparition de la maladie de Leiner-Moussous, les enfants du premier étage de la pouponnière étaient depuis quelques années constamment en proie à des troubles digestifs dont la cause était restée inconnue malgré toutes les investigations faites, mais il était bien évident que cette cause se trouvait localisée au premier étage. La stérilisation et l'alimentation étaient, en effet, les mêmes pour les deux étages. Ce n'est que plus tard qu'on découvrit que les deux étages recevaient des laits condensés de marques différentes, mais l'importance du fait est des plus discutables, car il n'est pas du tout certain que des analyses qualitatives ou quantitatives comparatives auraient apporté des renseignements intéressants.

Les troubles digestifs notés depuis longtemps au premier étage étaient assez semblables à ceux qui se présentèrent au cours de la maladie de Leiner-Moussous. Les enfants avaient des selles fréquentes muco-grumeleuses ou liquides, quelquefois des vomissements ; la chute de poids était fréquente. Après quelques jours de traitement et une modification du régime, les troubles disparaissent pour se reproduire chez un autre nourrisson. Ce n'est qu'après le départ du dernier nourrisson atteint de maladie de Leiner-Moussous qu'on arriva à enrayer d'une façon définitive les troubles digestifs en procédant à un remaniement du personnel de la pouponnière et en prenant d'autres mesures contre la propagation des infections digestives.

Un autre fait, peut-être moins important, est le suivant : M. Bohn, qui visite quotidiennement la pouponnière, avait remarqué la fréquence relativement élevée des rhino-pharyngites et des otites au premier étage de la pouponnière, celles-ci s'étant répandues précisément peu avant l'éclosion de la pre-

mière érythrodermie desquamative. Mais il faut noter que le rez-de-chaussée n'était pas non plus indemne de ces infections à la même époque. Il reste, néanmoins, qu'il y avait là une certaine différence entre les deux étages, différence portant seulement sur la fréquence et l'intensité des otites et des rhinopharyngites.

CHAPITRE V

EXAMENS BACTERIOLOGIQUES

La pouponnière n'ayant pas de laboratoire, il a été impossible de faire des recherches bactériologiques étendues sur place dans les 50 cas de maladie de Leiner-Moussous que nous rapportons, et d'en pratiquer plusieurs sur chaque enfant à des moments différents de la maladie. Le D^r Donato a pu tout de même pratiquer un certain nombre d'examens bactériologiques. Il n'a pu faire qu'un examen par enfant, sauf dans un cas où il en a pratiqué un second à la fin de la maladie. Dans les autres cas, il s'est trouvé en face de cas plus ou moins évolués si bien qu'il n'a pu obtenir de résultats tout à fait comparables pour en tirer des données concluantes.

Nous citerons ici ce que le Professeur Lereboullet et M. A. Bohn ont publié comme résumé de ces examens: « On sait que les selles d'un nourrisson normal à l'allaitement artificiel ont, *grosso modo*, la flore suivante : 75 à 80 % de bacilles du groupe coli-aérogène, 10 à 15 % de bacilles protéolytiques et 5 à 10 % de cocci à gram positif parmi lesquels l'entérocoque compte pour moitié.

Treize enfants, parmi ceux ayant les symptômes cutanés de la maladie de Leiner-Moussous, ont été examinés par M. Donato. D'une façon générale, on peut dire qu'il y a eu inversion de la formule bactériologique normale et que la proportion de l'entérocoque a été trouvée considérablement augmentée : dans un cas, elle a été de 20 %, dans deux cas de 40 %, dans les dix autres, elle a dépassé 60 % pour atteindre plusieurs fois des chiffres de plus de 80 %. Chez l'enfant qui a pu être examiné à deux reprises, le pourcentage de l'entérocoque qui était de 96 % la première fois, était tombé, quelques semaines plus tard, à 35 %.

Les otites ont été étudiées bactériologiquement dans trois cas : le pus contenait respectivement 54, 62 et 66 % d'entérocoques.

Les squames cutanées prélevées en différents points de la surface du corps ont été systématiquement ensemencées chez les treize nourrissons désignés ci-dessus. Alors qu'on trouve habituellement chez l'enfant sain 25 à 30 % d'entérocoques au niveau de la peau avec 35 à 40 % de streptocoques, staphylocoques, etc., les examens pratiqués par M. Donato ont montré une proportion d'entérocoques comprise entre 38 % et 87 % ». Il faut noter que là où prédominait l'entérocoque, on a vu une diminution nette des colibacilles.

Pour l'examen bactériologique des selles, la technique a été la suivante :

Les selles étaient recueillies aseptiquement dans des boîtes de Pétri après avoir été prélevées le plus haut possible dans le rectum à l'aide d'une sonde de Nélaton et diluées ensuite dans la proportion de 0 gr. 50 à 1 gr. de selles pour 5 cc. de sérum physiologique à 8 p. 1000.

La technique employée pour l'examen bactériologique des squames a été la suivante : les squames ont été prélevées au niveau des lésions cutanées, récoltées au moyen d'une pince stérile et mises dans des tubes stériles. Les tubes fermés ont été conservés à la glacière. Un prélèvement particulier a été fait pour chaque segment atteint de dermite : siège, abdomen, membres inférieurs et supérieurs, thorax, cuir chevelu, pavillon de l'oreille, conduit auditif, etc...

Pour l'étude bactériologique les squames ont été ensemencées soit directement, soit après agitation vigoureuse dans un tube stérile, dans la même proportion que les selles, dans du sérum physiologique à 8 p. 1000, en présence de perles de verre pour bien brasser et dilacérer les squames.

L'ensemencement était alors pratiqué sur différents milieux en se servant d'une quantité exactement déterminée de cette suspension extemporanée de squames.

Cette dernière technique a donné de meilleurs résultats, surtout pour l'étude comparative des germes contenus dans les squames et dans une même quantité de selles diluées.

Pour chaque malade examiné, il a été procédé simultanément à :

1. Un examen direct de selles et de squames, après étalement ou dissociation sur lames et colorations électives.

2. La culture des selles et des squames sur milieux appropriés aérobies et anaérobies suivies de numération et d'identification des germes.

Les milieux employés pour *isoler l'entérocoque* ont été les suivants : d'une part l'eau peptonée phéniquée à 3 p. 1000 d'acide phénique; la culture a été mise à l'étuve à 42°; d'autre part, le bouillon, en aérobiose et en anaérobiose.

Le repiquage des cultures a eu lieu :

a) Sur gélose inclinée ou en plaques, pour l'isolement de l'entérocoque.

b) Sur bouillon pour obtenir une culture plus intense et pure.

En partant des cultures sur gélose et sur bouillon, on a commencé les milieux différentiels indiqués ci-dessous et notamment le milieu à *l'esculine de Rochaix*.

Voici les caractères cultureux de l'entérocoque, germe prédominant ainsi isolé dans les squames et les selles :

L'entérocoque est un microbe assez polymorphe, se présentant sous forme de grains arrondis, aplatis ou allongés, quelquefois en bâtonnets étranglés.

Dans les cultures en milieu liquide il est exubérant, protéiforme et doué d'une grande vitalité; il se groupe en chaînettes hétérogènes, souvent assez longues et enchevêtrées cocci en amas, diplocoque encapsulés ou non.

Dans les frottis provenant de cultures en milieux solides, on observe surtout des diplocoques.

Il prend le gram, mais après action prudente et modérée de l'alcool, on observe toujours sur les préparations des éléments gram négatifs.

Il ne présente pas de capsule, sauf dans les milieux albumineux où on peut observer un hale réfringent autour de certains éléments.

Culture. — Ce germe a été cultivé sur des milieux variés et a donné les résultats suivants :

1. Comme anaérobie facultatif, il pousse sur les milieux peu nutritifs, et il donne des cultures abondantes d'odeur fécaloïde. Sur gélose ordinaire, il donne de petites colonies dont les dimensions n'augmentent guère après deux ou trois jours, atteignant à peine un demi-millimètre. Vues à un faible grossissement, ces colonies sont crénelées sur leurs bords, avec un centre proéminent granuleux de coloration parfois bleutée.

2. Sur bouillon ordinaire, on observe très rapidement un léger trouble, uniforme, puis un sédiment qui, par agitation, se disperse en une fumée légère.

3. En bouillon Martin, la culture n'est pas plus abondante ; elle présente de légers grumeaux.

4. L'addition au bouillon du sérum humain ou animal, de liquide d'ascite, de sucre fermenté par l'entérocoque, donne une culture extrêmement riche ; on observe un trouble intense dans les premières 24 heures, puis un dépôt abondant se collecte au fond du tube ; ce dépôt est visqueux et par agitation se soulève en une mèche consistante, difficile à dissocier.

5. En bouillon au sang citraté frais, il n'y a pas d'hémolyse, mais un culot d'hématies déformées se constitue à la partie inférieure du tube. La culture est très abondante. Le bouillon se trouble mais sans modification de coloration.

6. L'ensemencement sur eau peptonée, glucosée, biliée et sans bile (milieu de Truche bilié, milieu d'épreuve de Weissenbach) donne une culture abondante, en 18 à 24 heures, qui trouble les deux milieux ; ceci est caractéristique de l'entérocoque. Les streptocoques ne troublent pas l'eau peptonée, glucosée, sans bile.

7. Il y a une action nette sur les sucres ; glucose, levulose, saccharose, maltose, galactose, lactose (virage au rouge en 24 heures.) La mannite xylosée, la sorbite, l'inuline sont très faiblement attaquée ; il n'y a pas de fermentation avec la dulcité, la glycérine et l'amidon.

8. L'entérocoque coagule le lait en l'acidifiant, le caillot est cohérent et ne se liquéfie pas.

9. Il pousse aussi bien en gélose additionnée de bile de bœuf que sur gélose ordinaire.

10. Il n'est pas lysé par la bile de bœuf ou de lapin, ni par le taurocholate de soude.

11. *Il fait fermenter l'esculine.*

La vitalité de ce microbe est très longue, les cultures sur gélose inclinée conservée à l'étuve depuis mars 1933 ont repoussé aussi abondamment qu'une culture de 24 heures. Cependant sur les milieux additionnés d'un sucre qui fait fermenter, sa vitalité est réduite à 6 ou 8 jours.

Il pousse très bien en milieu anaérobie. Il est sans action sur les hématies des diverses espèces animales.

M. Donato conclut que les caractères du microbe prédominant dans les squames et le contenu intestinal des enfants atteints de maladie de Leiner-Moussous permettent de le considérer comme un entérocoque dont les propriétés caractéristiques sont, en résumé, les suivantes : il fait fermenter l'esculine, il se développe en bouillon bilié, il résiste au chauffage à 56° pendant une demi-heure. Les entérocoques sont agglutinés par le sérum de lapin préalablement immunisé par une souche d'entérocoques typiques isolés des selles.

A l'époque des observations que nous rapportons, l'attention n'avait pas encore été assez attirée sur les levures. Néanmoins, dans plusieurs observations, nous avons noté le fait que M. Donato avait remarqué la présence de levures dans ses cultures. L'importance de ces levures reste ainsi difficile à déterminer. Des recherches actuelles sont en cours pour essayer de déterminer l'influence de l'association entérocoques-levures dans la maladie de Leiner-Moussous.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Dans les cas qui nous occupent, le diagnostic n'a jamais été douteux. Il a été fait dès le début par MM. Lereboullet et Bohn.

La maladie de Leiner-Moussous a été souvent confondue avec la *maladie de Ritter*. Nous avons indiqué à maintes reprises les différences entre les deux maladies. Notre maître, le Professeur Lereboullet, avait déjà, avant l'apparition de l'« épidémie » dont nous parlons ici, insisté sur l'autonomie des deux syndromes et sur la facilité du diagnostic différentiel. La maladie de Ritter se voit, en effet, chez des nourrissons plus jeunes que les enfants chez qui on voit l'érythrodermie desquamative ; elle débute dès la première semaine tandis que la maladie de Leiner-Moussous a un début nettement plus tardif. La maladie de Ritter est suintante, vésiculeuse, accompagnée de bulles pemphigoïdes et présente l'épidermolyse (signe de Nikolsky). Son évolution se fait vers l'exfoliation épidermique en grands lambeaux bien plus brutale que dans la maladie de Leiner-Moussous et son pronostic est extrêmement grave.

Le diagnostic de la maladie de Leiner-Moussous avec la *desquamation physiologique du nouveau-né* ne s'est évidemment pas posé à Antony pas plus, d'ailleurs, que dans les cas observés habituellement.

Dans les formes incomplètes ou au début, le diagnostic peut être parfois difficile. Quand la maladie est réduite à un érythème fessier, il est en effet impossible de le différencier des *érythèmes fessiers simples* qui sont nombreux et dont les causes sont multiples : irritation mécanique et physique par des linges rudes, chimiques par les matières et les urines, par des couches lessivées, par des poudres irritantes et des médicaments mal choisis et mal appliqués, etc. La coexistence à Antony des formes complètes et des formes partielles a permis très facilement de rapporter les unes et les autres à la maladie de Leiner-Moussous.

Les recherches bactériologiques au niveau des lésions, montrant des entérocoques ou des levurides pourraient aider éventuellement au diagnostic, mais, étant donné l'état actuel de la question, ceci ne peut encore résoudre le problème. Quant aux cuti-réactions, aux différents produits entérococciques, levuriques ou autres, ils ne sont pas encore entrés dans la pratique.

Nous n'insisterons pas sur la différenciation à faire entre l'*eczéma* et l'*eczéma séborrhéique*. Pour nous, l'*eczéma séborrhéique* est une affection bien distincte de l'*eczéma vrai*. Nous pouvons faire, d'ailleurs, remarquer qu'aucun des enfants atteints à Antony de maladie de Leiner-Moussous n'est devenu, ultérieurement, un *eczémateux*. L'existence de l'*eczéma séborrhéique* seul sans érythème fessier ni érythrodermie est très commune et, dans ce cas, on n'a, semble-t-il, aucun droit de le rattacher à la maladie de Leiner-Moussous ; cette éventualité n'a pas, d'ailleurs, existé à Antony. Il y a tout lieu de croire que la maladie de Leiner-Moussous et l'*eczéma séborrhéique* ont une origine analogue, les lésions cutanées de la maladie de Leiner-Moussous étant une parakératose du même ordre que l'*eczéma séborrhéique*.

La coexistence des deux symptômes, érythème fessier et *eczéma séborrhéique*, a déjà une valeur bien plus grande et ici on peut réellement porter le diagnostic de maladie de Leiner-Moussous.

Les *intertrigos*, si bien démembrés par le travail de Sabouraud, se voient souvent sans aucune association avec les autres symptômes de maladie de Leiner-Moussous. Leur étiologie, souvent streptococcique ou mycosique, est indéniable. Ce n'est qu'en association avec l'érythème fessier et l'*eczéma séborrhéique* qu'on peut les faire entrer dans la symptomatologie de la maladie de Leiner-Moussous. Dans ces derniers cas, ils pourraient même être des éruptions secondaires favorisées par la maladie de Leiner-Moussous, et dont l'origine resterait streptococcique ou mycosique.

Quand la maladie est au complet, il n'y a pas de diagnostic différentiel à faire. Dans les formes incomplètes dont l'existence est actuellement bien démontrée, notamment par les observations que nous rapportons, le diagnostic peut parfois être assez difficile : nous avons indiqué les causes possibles d'erreur.

CHAPITRE VII

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Dans l'Historique, nous avons vu ce que pensent les différents auteurs au sujet de l'étiologie et de la pathogénie de la maladie de Leiner-Moussous. Leiner avait incriminé une auto-intoxication ; Moussous également. On a souvent tenté de relier les érythrodermies desquamatives du nourrisson à des états diathésiques notamment à l'eczéma et à l'eczéma séborrhéique. Ces derniers temps, on a surtout parlé du rôle de l'entérocoque.

Que nous apportent, en ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Leiner-Moussous, les cinquante cas observés à Antony ?

Nous avons déjà relevé le nombre élevé d'infections rhinopharyngées et auriculaires survenues en même temps que ces cas. On ne voit pas très bien comment on pourrait expliquer par une infection à point de départ respiratoire ou auriculaire les cinquante cas de maladie de Leiner-Moussous tous survenus à un seul étage de la pouponnière, tandis qu'à la même époque, à l'autre étage, non indemne d'infections analogues, on n'a pas vu un seul cas de cette maladie. Si le nombre et l'intensité de ces infections font croire qu'elles ont pu être pour quelque chose dans l'éclosion et la propagation des cas observés, rien, en réalité, ne permet de leur attribuer un rôle étiologique.

Les troubles digestifs consistant surtout en diarrhée prandiale traduisant l'existence d'une perturbation du péristaltisme intestinal, ont été fréquents et sont beaucoup plus importants à retenir. Peut-on dire qu'à l'origine des cas de maladie de Leiner-Moussous rapportés ici, ces troubles digestifs sont en cause ? Nous ne pouvons pas faire, à ce propos, la même réflexion que celle faite plus haut à propos des infections rhinopharyngées et auriculaires, car ainsi que nous l'avons fait

remarquer ailleurs, des troubles digestifs analogues avaient sévi bien longtemps avant l'éclosion de la première érythrodermie desquamative au même étage de la pouponnière. Il faut remarquer que la diarrhée prandiale existe fréquemment chez le nourrisson sans la moindre lésion érythémateuse du siège ; en tous cas, s'il existe un érythème fessier associé, il ne s'accompagne pas, d'ordinaire, de lésions à distance du type de l'érythrodermie desquamative ou de la séborrhée. En acceptant l'hypothèse que les troubles digestifs sont à l'origine de la véritable « épidémie » d'Antony, il reste à expliquer l'éclosion successive, en un court espace de temps, des cinquante cas de maladie de Leiner-Moussous.

« Les symptômes observés au niveau de la peau, dans nos cas de maladie de Leiner-Moussous, ont écrit MM. P. Lereboullet et A. Bohn, se sont présentés moins comme des dermites microbiennes liées à l'action directe d'un germe, que comme des réactions cutanées, d'aspect variable suivant les régions tégumentaires intéressées, et paraissant résulter d'une sensibilisation de l'organisme analogue à celle étudiée par Ravaut au cours de ses recherches concernant les réactions cutanées d'ordre allergique et notamment les « levurides ».

La sensibilisation des enfants atteints de maladie de Leiner-Moussous paraît, en effet, indéniable dans les cas rapportés.

« Il faut noter que si, par cette interprétation, la maladie de Leiner-Moussous est comparable à l'eczéma, pour lequel est admis le rôle de l'allergie, elle s'en sépare cependant complètement au point de vue clinique et évolutif. » (Lereboullet et Bohn.)

Mais pouvons-nous dire à quoi a été due la sensibilisation dans les cas de maladie de Leiner-Moussous observés par M. Bohn à Antony ?

Peut-on prêter un rôle sensibilisant aux infections pulmonaires et auriculaires ? Ceci n'expliquerait pas pourquoi un étage de la pouponnière est resté indemne, puisque ces infections existaient aux deux étages, à des degrés différents, il est vrai.

La sensibilisation n'est certainement pas due non plus à l'alimentation des enfants du premier étage de la pouponnière puisque les enfants des deux étages étaient alimentés, à une

toute petite différence près, de la même façon. Notons ici, une fois de plus, que, contrairement à ce que la plupart des auteurs ont rapporté et à ce qui se voit d'ailleurs d'habitude à la consultation du Professeur Lereboullet aux Enfants-Assistés, les nourrissons atteints à Antony de maladie de Leiner-Moussous étaient tous, sans exception, à l'allaitement artificiel.

Il ne semble pas qu'on puisse attribuer un rôle quelconque de sensibilisation à une prédisposition congénitale ou héréditaire ; les enfants d'Antony viennent, en effet, forcément, de milieux différents, non comparables entre eux.

Il n'y a pas lieu, non plus, d'incriminer la syphilis congénitale, étant donné le nombre relativement minime d'hérédosyphilitiques parmi les cas que nous rapportons et l'énorme pourcentage des enfants atteints de maladie de Leiner-Moussous au premier étage de la pouponnière (90 p. 100).

Dans les 13 cas d'Antony qui ont pu être examinés bactériologiquement, on a noté la prédominance de l'entérocoque dans les selles. Faut-il voir dans ce germe l'agent sensibilisateur de la maladie de Leiner-Moussous comme l'ont avancé récemment M. et Mme Montlaur ? La pullulation de l'entérocoque est en réalité un phénomène assez banal dans la diarrhée prandiale : le péristaltisme intestinal exagéré en pareil cas entraîne un transit digestif rapide et par suite l'élimination de selles ayant encore la flore d'un segment intestinal plus ou moins haut situé. Dans les cas de maladie de Leiner-Moussous observés à Antony, la diarrhée a pu intervenir de cette façon pour modifier la flore des selles.

Il faut noter que des levures ont été trouvées dans plusieurs des examens de selles pratiqués et que leur rôle a pu être important ; l'attention n'a pas été, semble-t-il, suffisamment attirée sur leur présence dans les cas de maladie de Leiner-Moussous suivis en 1933 à la pouponnière d'Antony.

Ce qui est certain, en tout cas, c'est que cette maladie s'est manifestée alors sous forme de cas successifs apparus les uns après les autres parmi les nourrissons d'un seul étage de la pouponnière qui a été ainsi envahi dans sa quasi-totalité. On ne peut s'empêcher dans ces conditions de penser à l'existence d'un germe bactérien ou d'un champignon transmis d'un enfant à l'autre par l'intermédiaire d'une ou de plusieurs *infirmes*.

mières vectrices de cet organisme par leurs mains insuffisamment désinfectées après manipulation des couches

La maladie de Leiner-Moussous, telle qu'elle a été observée à Antony aurait donc été l'expression d'une sensibilisation de l'organisme du nourrisson vis-à-vis d'une infection collective dont l'agent, encore indéterminé avec précision, a provoqué des troubles intestinaux, bénins, à allure de diarrhée prandiale, suivis de l'apparition des divers symptômes cutanés caractérisant l'affection, c'est-à-dire l'érythème intertrigo du siège, la séborrhée crânio-faciale et l'érythrodermie desquamative.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Les traitements utilisés à Antony par M. Bohn ont été dans l'ensemble des plus simples.

Ils ont surtout consisté, en ce qui concerne l'érythème du siège, en suppression des lavages à l'eau qui ont été remplacés par des nettoyages à l'huile d'amandes douces suivis de poudrages abondant au talc fin avec ou sans application préalable de la pâte à l'eau de Darier; dans un certains nombre de cas, la pommade suivante a donné des résultats favorables:

Camphre	1 gr.
Acide borique	8 gr.
Poudre de talc	10 gr.
Oxyde de zinc	
Lanoline	
Vaseline	aa 20 gr.

Dans d'autres, la pommade à l'ichtyol a été employée:

Ichtyol	3 gr.
Oxyde de zinc	
Amidon	aa 8 gr.
Lanoline	
Vaseline pure	aa 10 gr.

mais toujours le poudrage au talc a été abondant.

Il est bien entendu qu'on a veillé avec soin au lavage des couches sans substances irritantes et à leur rinçage.

La séborrhée du cuir chevelu a été uniquement traitée par le glycérolé d'amidon boraté à 10 ou 20 %.

Quant à l'érythrodermie, elle a toujours été abondamment

talquée; dans quelques cas, M. Bohn a utilisé le son stérilisé préconisé par divers auteurs, notamment M. Hallé, mais la qualité, sans doute inférieure, du son fourni à Antony, a fait qu'il a été plus irritant qu'utile.

Les symptômes associés aux signes cutanés ont été traités par les moyens symptomatiques habituels: la potion classique au benzonaphthol, et au sous-nitrate de bismuth pour la diarrhée, les désinfectants habituels du rhinopharynx et des oreilles, les médications courantes des infections broncho-pulmonaires, l'incision des abcès sous-cutanés, la paracentèse du tympan dans les otites, etc...

Les changements de régime opérés à Antony, notamment l'emploi du lait de femme ou du babeurre en partie ou en totalité pour remplacer le lait condensé ou le lait de vache stérilisé, n'ont pas semblé modifier en quoi que ce soit l'évolution de la maladie et d'ailleurs dans beaucoup de cas, M. Bohn n'a pas modifié les régimes habituels de la pouponnière, sauf lorsque des indications particulières (diarrhée notamment), sont intervenues.

L'hypotrophie consécutive à la maladie a été traitée par les stimulants de la croissance que l'on utilise couramment chez le nourrisson, en particulier le sulfarsénol à petites doses, l'insuline associée aux injections de sérum glucosé, l'extrait thyroïdien, etc. Les uns et les autres ont compté des résultats favorables et des échecs; dans l'ensemble, la croissance a surtout repris lorsque la maladie s'est trouvée à son déclin; les stimulants ont été plus utiles à ce moment qu'à la période d'état de la maladie.

Quant au vaccin entérococcique, il a été expérimenté dans plusieurs cas par M. Bohn soit par la voie intradermique, soit par la voie buccale, toujours sous forme d'un stock vaccin, tantôt aux doses ordinaires, tantôt, par suite d'une erreur de dilution, à une dose infime. Il n'a pas semblé à M. Bohn que l'évolution des cas traités comparés aux témoins voisins ait été sensiblement modifiée. La maladie de Leiner-Moussous s'est, en réalité, manifestée comme une affection à évolution cyclique évoluant normalement vers la disparition progressive des symptômes apparus en quelques jours et ayant rapidement atteint leur acmé.

CONCLUSIONS

1°. — Il a été observé par le professeur Lereboullet et le docteur A. Bohn, à la Pouponnière d'Antony, annexe de l'Hospice des Enfants-Assistés, une série de 50 cas de maladie de Leiner-Moussous ayant réalisé une véritable « épidémie ».

Ces 50 observations font l'objet de cette thèse.

2°. — Parmi ces 50 cas, qui sont survenus en l'espace de quelques mois, 18 se sont présentés sous *l'aspect classique* avec tous les symptômes cutanés habituellement décrits dans cette maladie: l'érythème intertrigo du siège, extensif et persistant, la séborrhée crânio-faciale et l'érythrodermie desquamative.

Les 32 autres cas ont été des *formes incomplètes* de la maladie, les unes sans érythrodermie, les autres sans érythrodermie ni séborrhée, réduites alors à l'intertrigo prolongé du siège.

3° Des *troubles digestifs* ayant surtout consisté en diarrhée à caractère prandial ont fréquemment accompagné l'évolution du syndrome cutané.

4° La *maladie a été bénigne*, ayant évolué en quelques semaines vers la *guérison spontanée*.

5° Des *complications* sont néanmoins survenues, notamment des otites dans un nombre important de cas, quelques abcès sous-cutanés, plusieurs bronchites, quatre broncho-pneumonie, dont une, tardive, a été mortelle, constituant le seul décès de l'épidémie.

6° Une *hypotrophie* plus ou moins marquée a été notée dans bon nombre de cas.

7° L'une des particularités de cette série d'observations de maladie de Leiner-Moussous est d'avoir intéressé *un seul étage de la pouponnière*, où la presque totalité des nourrissons ont été atteints.

8° Tous les cas observés concernaient des nourrissons à l'al-

laitelement artificiel, contrairement aux cas habituels qui s'observent surtout chez des enfants au sein.

9° Les *examens bactériologiques* pratiqués par le Dr Donato ont montré dans les selles la prédominance de l'*entérocoque*, ce qui est assez banal dans la diarrhée prandiale du nourrisson, et la présence de *levures* dans quelques cas.

10° Les symptômes cutanés se sont présentés à Antony moins comme des dermites microbiennes liées à l'action directe d'un germe que comme des *réactions cutanées*, d'aspect variable suivant les régions légumentaires intéressées, paraissant résulter d'une *sensibilisation* de l'organisme analogue à celle étudiée par Ravaut au cours de ses recherches concernant les réactions cutanées d'ordre allergique et notamment les levurides.

11° Les nombreuses infections rhinopharyngées et auriculaires existant à l'étage lors de l'apparition des cas de maladie de Leiner-Moussous ne semblent pas pouvoir être incriminées à son origine, non plus que l'alimentation qui était la même aux deux étages.

La longue précession de troubles digestifs à l'étage envahi semble beaucoup plus importante à retenir.

12° Sans doute s'est-il agi à Antony d'une sensibilisation des nourrissons vis-à-vis d'une *infection collective* dont l'agent, bactérie ou champignon, resté indéterminé, a provoqué des troubles digestifs à allure de diarrhée prandiale suivis de l'apparition des divers symptômes cutanés caractérisant l'affection.

13° La tendance spontanée à la guérison indique assez qu'en l'absence d'un traitement étiologique, *la thérapeutique a été purement symptomatique et surtout locale*.

Vu : Le Doyen,

ROUSSY

Vu : Le Président de Thèse,

LEREBOULLET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — *Revue fr. de Méd. et de Chir.*, 10 novembre 1908.
- BECK. — Erythrodermiâ desquamativa des Saunglige. *Arch. f. Dermat. u Syph. Wien.*, Leipzig, 1911, p. 9-10.
- BESNIER. — Eczéma. *Pratique dermatologique*, tome II.
- BLECHMANN (G.). — Dermite des premiers mois (dite eczéma des nourrissons). Traitement d'un eczéma séborrhéique des premiers mois (dermite entérococcique). *La Puériculture*, 10 juin 1933, extrait des *Feuillets du Pédiatre*, 2^e série, 1933.
- BLECHMANN et HALLEZ. — A propos d'un cas d'érythrodermie desquamative. (Voir Société de Pédiatrie, 1921.)
- BLECHMANN et MENARD (Mme P.-J.). — Guérison rapide d'une érythrodermie desquamative ou maladie de Leiner-Moussous par l'autovaccin entérococcique (*per os*) à doses infinitésimales. *Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres*. Séance du 3 juillet 1934. (*Arch. hospit.*, septembre 1934.) *Le Nourrisson*, mars 1935.
- BLECHMANN et POTELUNE (P.). — A propos d'une érythrodermie type Leiner-Moussous rapidement guérie. Rôle de l'entérocoque. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie de Paris*, n° 8, octobre 1931. Discussions par Comby, Marfan, Halle.
- BOHN (A.). — Le centre d'adaptation à l'allaitement artificiel des Enfants Assistés de la Seine. *Le Mouvement sanitaire*, n° 133, mai 1935.
- La pouponnière d'adaptation à l'allaitement artificiel des Nourrissons Assistés de la Seine. *Le Nourrisson*, juillet 1935.
- Le rôle préventif de la pouponnière des Nourrissons Assistés de la Seine. *Bull. trim. n° 9 de l'Assoc. Int. de Pédiatrie Préventive*, septembre 1935. Et *La Pédiatrie Pratique*, 15 novembre 1935.
- La prévention des infections dans les collectivités de nourrissons; importance du rôle du personnel. *Revue Méd. Soc. de l'Enfance*, n° 6, décembre 1935.
- BORDOT et D'OVIDO. — Erythrodermie desquamative séborrhéique. *La Semana medica*, n° 12, 1917.
- CAILLAU et WALTER. — Deux cas de Dermatite exfoliatrice du nouveau-né. *Soc. de Derm. et de Syph.*, 8 mars 1928.
- CASSOUTE. — *Soc. de Péd.*, 15 mars 1921.
- CATHALA. — Pathologie du nourrisson, Masson, 1931.

- COMBY (J.). — Erythrodermie desquamative des nourrissons. *Revue Générale, Archives de Médecine des Enfants*, n° 3, mars 1909, p. 209.
- Erythrodermie exfoliatrice généralisée. *Archives de Médecine des Enfants*, tome XXI, n° 8, août 1918, p. 393-424.
- Dermatite exfoliatrice, Erythrodermie exfoliatrice des nouveau-nés. *Traité des maladies de l'enfance*, 7^e édition, 1928.
- CRIOU (P.). — Le traitement des dermites entérococciques des enfants du premier âge. *Thèse de Paris*, 1933.
- DE VAUGIRAUD. — Contribution à l'étude des érythrodermies desquamatives des nourrissons. *Thèse Paris*, 1913.
- DUBREUILH et JOULIA. — *Soc. fr. de Derm.*, Réunion de Bordeaux, 1921.
- ELIASBERG. — Contribution à l'étude clinique de l'érythrodermie desquamative. *Monatsh. f. Kinderheilk*, n° 5 et 6, 1919.
- FERRAND (M.). — Les dermites des nourrissons (érythème infantile). *Thèse Paris*, 1908.
- FERREIRA (C.). — Un cas d'érythrodermie desquamative des nourrissons (contribution à l'étude de la maladie de Carl Leiner). *Revue de la Soc. med. Argentine*, mai-juin 1909, p. 353.
- GERNEZ (Ch.). — Inoculation cutanée et défense de l'organisme, intra-dermo-réaction et intra-dermo-inoculation. *Thèse Lille*, 1924.
- GOUGEROT. — Importance des dermo-épidermites microbiennes en médecine infantile. *Journ. des Praticiens*, 4 déc. 1917, n° 50, p. 785.
- Epidermites microbiennes érythémato-squameuses généralisées. *Journal des Praticiens*, 30 juin 1917, n° 26, p. 401.
- *La Dermatologie en clientèle*, 1932.
- GRENET. — L'eczéma du nourrisson. *Conférence clinique de médecine infantile*, 1933.
- GUERRA. — Rôle des levures en dermatologie (étude clinique et mycologique). *Thèse de Paris*, 1935.
- HALLEZ (G.-L.). — Etude critique sur certaines dermatoses desquamatives du nourrisson. *Le Nourrisson*, 10^e année, n° 1, janvier 1922, p. 6-28.
- Les dermatoses exfoliatrices du nourrisson. *La Prat. méd. française*, octobre 1924.
- HAUSHALTER. — *Arch. de Méd. des enfants*, octobre 1910, p. 767.
- HUDELLOT, CHENE et SIGWALD. — Intradermo-réaction au vaccin anti-streptococcique et antistaphylococcique au cours des épidermites microbiennes eczématiformes. *Bull. Soc. Derm. et Syph.*, 12 juillet 1928, p. 613.
- HUGEL. — *Bull. de la Soc. de Derm. et de Syph.* Réunion derm. de Strasbourg, 13 janvier 1924.
- JACQUET. — Dermites simples. *Prat. Derm.*, tome I, p. 714.
- LEBARD (M.-G.-J.). — Sur un type d'érythème fessier évoluant chez des nourrissons atteints d'eczéma séborrhéique. *Thèse Bordeaux*, janvier 1905.

- LEINER (C.). — Uber Erythrodermia desquamativa, eine Engenartige universelle Dermatose der Brustkinder. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1908, fasc. 1 et 2.
- LEREBOULLET (P.). — Les érythrodermies desquamatives du nourrisson. Maladie de Ritter et maladie de Leiner. *Concours médical*, n° 27, 3 juillet 1932.
- LEREBOULLET (P.). et BOHN (A.) — A propos d'une série de 50 cas de maladie de Leiner-Moussous observés simultanément dans une pouponnière. *Soc. de Péd. de Paris*, 21 mai 1935.
- La maladie de Leiner-Moussous. *Le Nourrisson*, juillet 1935.
- LEREBOULLET et BRIZARD. — Un cas de dermatite exfoliatrice du nouveau-né. *Bull. de la Soc. de Péd.*, novembre 1931.
- LÆWE (Mlle). — Quelques observation d'érythrodermie desquamative généralisée. *Arch. de Méd. des Enfants*, tome XVIII, page 629, 1915.
- MARFAN. — Les érythèmes fessiers des nourrissons. *Clinique des maladies de la première enfance*, 2^e édition, 1928, p. 351.
- Les eczémats des nourrissons. *Clinique des maladies de la première enfance*.
- MELON (Mlle J.). — Contribution à l'étude de l'érythrodermie desquamative du nourrisson, *Thèse Paris*, 1935.
- MONTLAUR (H.) et Mlle COUTIERE (S.). — Les modifications chimiques des selles au cours de l'évolution de l'eczéma chez le nourrisson. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, séance du 15 juillet 1930, tome CIV, n° 28.
- MONTLAUR (M. et Mme H.). — Recherches sur les réactions cutanées dites « eczéma du nourrisson ». *VIII^e Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie*, Copenhague, 5-9 août 1930.
- Recherches sur les réactions cutanées dites « eczéma du nourrisson ». *Annales de Derm. et de Syph.* VII^e série, tome II, n° 5, mai 1931; n° 7, juillet 1931.
- Du rôle de l'entérocoque dans la genèse de certaines réactions cutanées considérées comme eczéma du nourrisson. Phénomène de sensibilisation. *Le Nourrisson*, mai 1931.
- Erythème fessier et « eczéma » du nourrisson. Etude clinique et thérapeutique. *Le Concours médical*, 34^e année, n° 12, 20 mars 1932, p. 905-912.
- *II^e Congrès de l'Union des Dermatologistes slaves*, Belgrade.
- *III^e Congrès international de Pédiatrie*, Londres.
- MONTLAUR. — Erythème fessier. *Le Concours médical*, 6 juin 1934.
- MORO. — *Trattato de Pediatria de Ferr*, 1916.
- MOUSSOUS (A.). — Erythème fessier et eczéma séborrhéique. De l'opothérapie thyroïdienne dans l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu. *Arch. de Méd. des Enfants*, n° 3, mars 1908, p. 180.
- PARROT. — *L'athrepsie*, Paris, 1877.

- PEHU (M.), et AULAGNIER (R.). — L'eczéma du nourrisson. Gauthier-Villars, éd., Paris, 1934.
- PETGES (G.). — La pratique des maladies des enfants, Baillière et fils, Paris, 1925.
- RAVEAU (P.), et RABEAU. — Parakératoses psoriasiformes sèches et humides. *Le Presse médicale*, 14 novembre 1928.
- RAVAUT (P.). — L'eczéma, réaction seconde de sensibilisation. *La Presse médicale*, 27 décembre 1930.
- Les réactions secondes de la peau. *La Médecine*, octobre 1934.
- RUDEAU et MONTLAUR. — Dépistage de Syphilis obstétricale, Masson, 1931.
- RITTER VON RITTERSHEIM. — Dermatitis exfoliativa neonatorum. *Central, Zeit., F. Kinderheilk*, vol. I; p. 3, 1878.
- *Arch. F. Kinderheilk*, tome I, 1880.
- SABOURAUD. — Les eczémas microbiens. *Presse Médicale*, 5 mai 1928.
- Sur le démemberment de l'eczéma séborrhéique. *Annales de Derm. et de Syph. de Saint-Louis*, mars 1930.
- SCHREIBER (G.). — Remarques concernant 19 cas d'érythrodermie desquamative des nourrissons. *Bull. de la Soc. de Ped. de Paris*, n° 9, novembre 1931, p. 482-485.
- SEVESTRE. — Etude clinique infantile. *Progrès médical*, 1899, tome IX, 2^e série, p. 1.
- Erythème fessier du premier âge. *Sem. méd.*, 1887, p. 417.
- SEZARY. — Problème de sensibilisation et méthodes de désensibilisation en dermatologie. *Revue critique de Path. et de Thér.*, février 1930.
- SEZARY et BENOIST. — Erythrodermie desquamative des nourrissons. Maladie de Leiner. *Traité de Médecine des Enfants*, Nobécourt-Babonneix, tome IV, p. 934.
- SLUCKI (A.). — Contribution à l'étude de la maladie de Ritter. *Thèse Paris*, 1932.
- SOCIETE DE PEDIATRIE. — 15 mars 1921 : A propos d'un cas d'érythrodermie desquamative par Blechmann et Hallez. Discussions par Cassoute et Vigne (Marseille), Comby, Marfan, Ribadeau-Dumas, Guinon, Hallé.
- SORGENTE. — Sorpa dui casi di morba di Ritter. *La Pediatria*, mai 1912, p. 353.
- THIERCELIN. — Sur un saprophyte de l'intestin susceptible de devenir pathogène. *Soc. Biol.*, 15 avril 1899.
- Morphologie et mode de reproduction de l'entérocoque. *Soc. Biol.*, 24 juin 1899.
- TISSIER. — Recherches sur la flore intestinal. Etat normal et pathologie des nourrissons. *Thèse Paris*, 1900.
- TRICOIRE. — Notes sur certains caractères culturels de l'entérocoque,

notamment sur le développement de ce microbe en milieu sucré. *Soc. Biol.*, 28 février 1920, p. 221.

VIDAL (Mlle S.). — Dermites infantiles et réactions secondes. *Thèse Paris*, 1932.

WEISSEMBACH (R.-J.). — Un bon caractère différentiel entre le streptocoque pyogène et l'entérocoque. Résultats de l'ensemencement en eau peptonée, glucosée à la bile. *Soc. Biol.*, 8 juin 1918, p. 559.

WELDE. — Un cas d'érythrodermie desquamative. *Monat. f. Kinderheilk*, tome I, p. 391, 1910.

WOLTZ. — *Thèse de Nancy*, 1922.

WORINGER. — Maladie de Ritter, Dermatite exfoliatrice du nouveau-né. *Le Nourrisson*, 1924, p. 266.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
Chapitre I. — <i>Historique</i>	12
Chapitre II. — <i>Lieu des observations</i>	23
Chapitre III. — <i>Observations</i>	25
Groupe I (18 obs.). Forme complète de la maladie de Leiner-Moussous	26
Groupe II (20 obs.). Assoc. d'érythème intertrigo extensif et persistant du siège avec la séborrhée crânio-faciale et l'intertrigo de divers plis cutanés.....	55
Groupe III (12 obs.). Symptomatologie limitée à l'érythème intertrigo persistant du siège	80
Chapitre IV. — <i>Etude clinique:</i>	
I. — Description des symptômes cutanés: a) l'érythème du siège; b) la séborrhée crânio-faciale; c) l'érythrodermie desquamative; d) les diverses localisations de l'intertrigo	95
II. — Groupement des symptômes cutanés	99
III. — Troubles digestifs	100
IV. — Evolution de la maladie	101
V. — Pronostic	102
VI. — Influence du sexe	102
VII. — Complications infectieuses: infections cutanée, auriculaire, respiratoires	103
VIII. — La croissance	105
IX. — Mode d'allaitement	106
X. — Evolution à un seul étage de la pouponnière.....	106
XI. — Différences entre les deux étages	107
Chapitre V. — <i>Examens bactériologiques</i>	109
Chapitre VI. — <i>Diagnostic</i>	114
Chapitre VII. — <i>Etiologie et pathogénie</i>	116
Chapitre VIII. — <i>Traitement</i>	120
CONCLUSIONS	123
BIBLIOGRAPHIE	125

